

Stiina Vistbacka

**Työuran  
merkitykselliset  
tapahtumat ja  
kasvu johtajaksi  
sairaala-  
organisaatiossa**



ACTA WASAENSIA 420



**Vaasan yliopisto**  
UNIVERSITY OF VAASA

## VÄITÖSKIRJA

*joka Vaasan yliopiston tekniikan ja innovaatiojohtamisen yksikön  
suostumuksella esitetään julkisesti tarkastettavaksi Tervahovin  
Kurtén-auditoriossa (C203) torstaina 13. kesäkuuta 2019, kello 12.*

Esitarkastajat Dosentti Paula Asikainen  
Tampereen yliopisto  
33014 Tampereen yliopisto

Professori, sairaanhoitopiirin johtaja Juha Kinnunen  
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri  
Keskussairaalantie 19  
40620 Jyväskylä

<b>Julkaisija</b> Vaasan yliopisto	<b>Julkaisupäivämäärä</b> Kesäkuu 2019	
<b>Tekijä(t)</b> Stiina Vistbacka	<b>Julkaisun tyyppi</b> Väitöskirja	
<b>Orcid tunniste</b>	<b>Julkaisusarjan nimi, osan numero</b> Acta Wasaensia, 420	
<b>Yhteystiedot</b> Vaasan yliopisto Tekniikan ja innovaatiojohtamisen yksikkö Tuotantotalous PL 700 FI-65101 VAASA	<b>ISBN</b> 978-952-476-854-2 (painettu) 978-952-476-855-9 (verkkojulkaisu)	
	<b>URN:ISBN</b> 978-952-476-855-9	
	<b>ISSN</b> 0355-2667 (Acta Wasaensia 420, painettu) 2323-9123 (Acta Wasaensia 420, verkkoaineisto)	
	<b>Sivumäärä</b> 124	<b>Kieli</b> suomi
<b>Julkaisun nimike</b> Työuran merkitykselliset tapahtumat ja kasvu johtajaksi sairaalaorganisaatiossa		
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Tässä väitöstutkimuksessa tutkitaan sairaalaorganisaatiossa toimivien johtajien kertomuksia merkityksellisistä työuran tapahtumista ja kasvusta johtajaksi. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä johtajana kehittymiseen vaikuttavista tilanteista ja tapahtumista sekä johtamistyön motivaatiolähteistä. Tutkimuksen tarkoituksena on osaltaan vastata sairaaloiden tarpeeseen löytää ja sitouttaa johtamistyöstä motivoituneita johtajia.</p> <p>Väitöstutkimuksen pääkysymys on, miten yliopistosairaalan keski- ja ylimpään johtoon kuuluvat tutkittavat kuvaavat työ- ja johtamisuraansa ja erityisesti johtajana kehittymisen kannalta merkityksellisiksi kokemiaan työuran tapahtumia. Alakysymykset ovat, miten työuran tapahtumat ja kokemukset niistä ovat toimineet oppimisen ja kehittymisen lähteinä, mitkä seikat ovat tukeneet tai estäneet kasvua johtajaksi sekä miten tutkittavat kuvaavat kasvuaan johtajarooliin ja johtajuusidentiteettiään.</p> <p>Tulkitsevan tapaustutkimuksen aineisto on koottu haastattelemalla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS)/HUS Helsingin yliopistollisen sairaalan keski- ja ylimpään johtoon kuuluvia pääasiassa ylilääkäri- ja ylihoitajataustaisia henkilöitä. Aineisto koostuu 22 teemahaastattelusta, analyysi pohjautuu narratiivien analyysiin.</p> <p>Väitöstutkimuksen päätulos on, että merkityksellisiksi koetuista työuran tapahtumista on löydettävissä sekä ammattiryhmästä riippumattomia että ammattiryhmäsidonnaisia tapahtumia. Johtamistyön erilaiset motivaatiolähteet nousevat tutkimustuloksina esiin. Niiden pohjalta on tunnistettavissa alustavia kasvukertomusten tyyppejä, joita kirjoittaja kutsuu ”viideksi prototyyppiä”. Haastatellut henkilöt ovat pääosin aktiivisesti hakeutuneet johtamistehtävään. He pohtivat substanssiosaamisen ja sen jatkuvan ylläpitämisen merkitystä tuoden esiin erilaisia näkökulmia. Professiopohjaisen tarkastelun kannustamana kirjoittaja ehdottaa johtamisprofessioon liittyvän keskustelun nostamista lääkäri- ja hoitajaprofessiokeskusteluiden rinnalle sairaalaorganisaatioissa.</p> <p><b>Asiasanat</b> kasvu johtajaksi, työuran tapahtumat, johtamistyön motivaatiolähteet, johtajuusidentiteetti, terveydenhuolto, sairaalaorganisaatio</p>		



<b>Publisher</b> University of Vaasa	<b>Date of publication</b> June 2019	
<b>Author(s)</b> Stiina Vistbacka	<b>Type of publication</b> Doctoral thesis	
<b>Orcid Identifier</b>	<b>Name and number of series</b> Acta Wasaensia, 420	
<b>Contact information</b> University of Vaasa School of Technology and Innovations Industrial Management P.O. Box 700 FI-65101 Vaasa Finland	<b>ISBN</b> 978-952-476-854-2 (print) 978-952-476-855-9 (online)	
	<b>URN:ISBN:</b> 978-952-476-855-9	
	<b>ISSN</b> 0355-2667 (Acta Wasaensia 420, print) 2323-9123 (Acta Wasaensia 420, online)	
	<b>Number of pages</b> 124	<b>Language</b> Finnish
<b>Title of publication</b> Significant Career Events and Growth as a Leader in a Hospital Organization		
<p><b>Abstract</b></p> <p>This doctoral thesis examines the career narratives of managers in a hospital organization focusing on significant career events and growth as a leader. The purpose of this research is to increase understanding of such career events that have an impact on leadership development as well as sources of leadership motivation. It also responds to the need to find and engage motivated hospital managers. The main research question is, how the respondents, belonging to the middle and upper management of the university hospital, describe their career and career events, especially from the point of view of leadership development. The first sub-question addresses, how the career events and experiences have worked as sources of learning and development and the second, how the respondents describe their leadership identity and growth as a leader.</p> <p>The case organization is the Helsinki and Uusimaa Hospital District (HUS)/HUS Helsinki University Hospital and the 22 interviewees were mainly chief physicians and head nurses. The research material is based on thematic interviews, the method of analysis is narrative analysis.</p> <p>The results show that some career events are regarded significant regardless of profession while the perceived importance of some events is profession-based. Different sources of leadership motivation emerged, and based on these outcomes it is possible to identify preliminary types of growth narratives that the writer calls “the five prototypes”. The interviewees have mainly actively applied to leadership positions. They discuss the importance of maintaining clinical expertise bringing up different perspectives. The writer suggests that a discourse related to leadership as a profession is raised alongside the typical profession-based (physicians/doctors and nurses) discourses in hospital organizations.</p>		
<p><b>Keywords</b></p> <p>growth as a leader, career events, motivation to lead/sources of motivation, leadership identity, healthcare, hospital organization</p>		



## KIITOKSET

Johtajaksi kasvu ja johtajana kehittyminen ovat olleet työurallani keskeisiä teemoja. Väitöskirjan kirjoittaminen antoi mahdollisuuden tarkastella näitä teemoja uudella otteella, mielenkiintoista toimintaympäristöä tutkimalla, samalla omia johtamiskokemuksia pohtien.

Haluan kiittää kaikkia niitä henkilöitä, jotka ovat tehneet tutkimustyöni mahdolliseksi sekä antaneet tukeaan ja kannustustaan työn eri vaiheissa.

Kiitän ohjaajaani, professori Josu Takalaa innostuksesta, jatkuvasta kannustuksesta sekä aktiivisesta yhteydenpidosta ja nopeasta vastaamisesta kysymyksiini.

Ohjaajaani, professori Johanna Lammintakasta kiitän arvokkaista näkemyksistä ja neuvoista sekä paneutuvista, selkeyttävistä keskusteluista väitöstyön etenemisen eri kohdissa.

Esitarkastajilleni dosentti Paula Asikaiselle ja professori Juha Kinnuselle esitän kiitokseni paneutumisesta työhöni sekä asiantuntevasta ja kannustavasta palautteesta.

Dosentti Paula Asikaista ja tutkijaopettaja Jouni Koivuniemeä kiitän ystävällisestä suostumuksesta toimia väitöstyöni vastaväittäjinä.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS)/HUS Helsingin yliopistollisen sairaalan yhteyshenkilöitä Salla Koivusta ja Saara Suominen-Niemelää haluan kiittää tapaustutkimuksen toteutumisen mahdollistamisesta ja erinomaisesta yhteistyöstä. Parhaimmat kiitokseni osoitan kaikille HUS-organisaatiossa tutkimukseen osallistuneille henkilöille.

Kiitän Vaasan yliopiston henkilöstöä, erityisesti asiantuntija Ulla Laakkosta, saamastani avusta ja tuesta. Tohtoriopiskelijakollegoitani, erityisesti ystävääni Thanh Ha-Vikströmiä, haluan kiittää antoisasta yhteistyöstä ja keskusteluista.

Ystävääni Leena Masalinia kiitän lämpimästi väitöstyöni lukemisesta ja arvokkaista kommentteista sekä avusta ja kannustuksesta pitkin matkaa.

Ystäviäni Minna Hiillosta, Anne Happosta ja Virve Väisästä kiitän sparrauksesta, tuesta sekä monista hyödyllisistä käytännön vinkeistä.

Kiitän saamastani taloudellisesta tuesta Jenny ja Antti Wihurin rahastoa.

Olen hyvin kiitollinen äidilleni Pirjo Lindellille ja edesmenneelle isälleni Gunnar Lindellille opiskeluun kannustamisesta ja kasvun sekä kehittymisen tukemisesta. Sisartani Katariina Toikkasta kiitän kaikesta rohkaisusta ja tuesta.

Puolisolleni Sakari Vistbackalle osoitan rakkaimmat kiitokseni kannustuksesta, myötäelämisestä, kuuntelusta, sparrauksesta ja kärsivällisyydestä.

Espoossa, maaliskuussa 2019

Stiina Vistbacka



## Sisällysluettelo

KIITOKSET .....	VII
1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT .....	1
1.1 Taustaa väitöstutkimuksen tekemiselle.....	1
1.2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	5
1.3 Tieteenfilosofiset taustaoletukset .....	6
1.4 Tutkimusraportin rakenne .....	10
2 KASVU JOHTAJAKSI, TYÖURAN TAPAHTUMAT JA JOHTAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA .....	12
2.1 Kasvu johtajaksi, johtajuusidentiteetti, työura ja uratapahtumat .....	12
2.1.1 Kasvu johtajaksi .....	12
2.1.2 Johtajuusidentiteetti .....	14
2.1.3 Työura ja uratapahtumat .....	16
2.2 Terveystenhuollon johtamisen erityispiirteet .....	21
2.2.1 Terveystenhuollon globaalit muutostrendit ja suomalainen terveydenhuolto.....	21
2.2.2 Palvelutuotannon kehittäminen tuotantotalouden näkökulmasta .....	24
2.2.2.1 Strategiavalinnat: tuotanto ja kehittäminen .....	24
2.2.2.2 Potilaiden ja henkilöstön osallistuminen palveluiden kehittämiseen.....	28
2.2.3 Johtamisroolit sairaalaorganisaatiossa.....	31
2.2.3.1 Johtamisroolit/rakenteet ja kulttuuri .....	32
2.2.3.2 Professiot ja johtaminen.....	34
3 METODOLOGIA JA AINEISTO .....	38
3.1 Tapaustutkimuksen kohdeorganisaatio HUS: toimintaympäristö ja organisaatioesittely .....	38
3.2 Haastattelujen tekeminen: menetelmät ja vaiheet .....	40
3.3 Aineiston analyysi .....	45
4 TUTKIMUSTULOKSET .....	51
4.1 Työuran merkitykselliset tapahtumat.....	51
4.1.1 Ammattiryhmästä riippumattomat tapahtumat .....	51
4.1.2 Ammattiryhmäsidonnaiset tapahtumat .....	60
4.2 Johtamisrooliin päätyminen .....	62
4.3 Substanssiosaaminen ja sen jatkuva ylläpitäminen: valkoinen takki.....	64
4.4 Johtamistyön motivaatiolähteet ja johtajaksi kasvun “viisi prototyyppiä” .....	67
5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	75
5.1 Yhteenveto tutkimustuloksista sekä tulosten pohdinta .....	75
5.1.1 Uratapahtumat .....	76

5.1.2	Johtaminen professiona: päätyminen johtajaksi, johtajan substanssiosaaminen.....	80
5.1.3	Motivaatiolähteet ja johtajaksi kasvun “viisi prototyyppiä” .....	82
5.1.4	Johtamisen kehittäminen .....	84
5.2	Tieteellinen merkitys, täydennys aiempaan tutkimukseen.....	85
5.3	Tutkimuksen laadun arviointi: luotettavuus, eettisyys, tutkijan positio.....	89
5.3.1	Tutkimuksen luotettavuus .....	89
5.3.2	Eettiset kysymykset ja tutkijan positio .....	92
5.4	Käytännön suositukset .....	94
5.5	Jatkotutkimusideat .....	96
LÄHTEET .....		98
LIITE .....		113

## Kuviot

<b>Kuvio 1.</b>	Väitöstutkimuksen lähtökohdat .....	6
<b>Kuvio 2.</b>	Viisi kasvukertomuksen/-tarinan alustavaa prototyyppiä.....	74

# 1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

## 1.1 Taustaa väitöstutkimuksen tekemiselle

Terveystieteiden ja sairaaloiden toimintaan kohdistuu 2010-luvun vaihteessa voimakkaita toiminnan tehostamis- ja tuottavuusvaatimuksia. Ratkaisua odottavia kysymyksiä sisältyy niin asiakkaiden rooliin, palveluiden vaikuttavuuteen kuin henkilökunnan saatavuuden turvaamiseenkin. Tarvitaan päteviä, johtamistehtävään sitoutuneita johtajia johtamaan sekä henkilöstövoimavaroja että tuotantoprosessien jatkuvaa kehittämistä. Johtajien saatavuus ja johtamisen kehittäminen ovatkin sairaalaorganisaatioiden keskeisiä haasteita. Sairaalat ovat hierarkkisia organisaatioita, joissa johtamisuria ja etenemispolkuja säätelevät tarkat kelpoisuusvaatimukset. Lisäksi johtamistyötä hoidetaan usein muiden roolien rinnalla ammattilais-johtajahybrideinä (Croft, Currie & Lockett 2015; McGivern ym. 2015). Siksi on tarpeen lisätä ymmärrystä siitä, mihin tekijöihin vaikuttamalla sairaalaorganisaatiossa voidaan tukea johtamismotivaatiota ja johtajuusidentiteetin rakentumista ja siten johtajana kehittymistä (Lord & Hall 2005). Johtajana kasvuun ja kehittymiseen vaikuttavat sisäisten motivaatiotekijöiden lisäksi ulkoiset työuran tapahtumat. Työuran tapahtumat voivat tarjota mahdollisuuksia, edistää tai haitata tavoitteiden toteutumista tai toimia muutoksen laukaisevina kriiseinä. Muodollisen pätevyyden muodostumisen lisäksi työuran tapahtumilla ja tilanteilla on vaikutusta kasvuun johtajaksi. (Niiranen & Lammintakanen 2014: 148; Viitanen ym. 2007: 28.)

Kun ihmiset kuvaavat elämäänsä, he viittavaat usein tapahtumiin keskeisinä kehittymiseensä ja olemiseensa vaikuttavina tekijöinä. Organisaatioissa tapahtumia tapahtuu kaikilla tasoilla alkaen toimintaympäristöstä ja päätyn yksilötasoon. (Morgeson, Mitchell & Liu 2015: 515.) Yksilön työuran tapahtumat voivat olla erilaisia työtehtäviä, kehittämisinterventioita ja sellaisia organisaaatiotapahtumia, joilla on vaikutuksia yksilön uraan. Ne voivat olla suunniteltuja tai suunnittelemattomia. (Bright ym. 2009; Morgeson, Mitchell & Liu 2015; Yukl 2002.) Johtamisteorioissa johtajuuden on voitu nähdä perustuvan persoonallisuuspiirteisiin tai nopeasti opittavissa oleviin käyttäytymistyyliin. Nämä yleiset ajattelumallit voivat kuitenkin rajoittaa johtajana kehittymistä. Persoonallisuuspiirteet ovat suhteellisen pysyviä, joten niiden tutkiminen muutoksen ja oppimisen aikaansaamiseksi on kyseenalaista. Käyttäytymistä voi oppia, mutta lyhytkestoiset eri tilanteissa toimiviin käyttäytymismalleihin liittyvät koulutukset eivät useinkaan riitä vastaamaan haasteellisiin johtamisen kehittämistarpeisiin. Johtajuus koostuu monimutkaisesta käyttäytymismallien,

kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen yhdistelmästä, jonka muodostumiseen tarvitaan erilaisia oppimiskokemuksia. Johtamisen kehittämisessä onkin alkanut korostua kehittamisprosessien ymmärtäminen ja edistäminen. (Day ym. 2014: 64; Lord & Hall 2005: 592.) Myös organisaatioilmiöiden tarkastelussa on ollut vallalla ominaispiirteisiin liittyvä ajattelu tapahtumalähtöisyyden sijasta. Tapahtumat eroavat piirteistä erityisesti aika- ja paikkasidonnaisuuden osalta; erilliset riittävän voimakkaat tapahtumat voivat käynnistää sarjan uusia tapahtumia. Esimerkkejä tällaisista tapahtumista ovat lakimuutokset tai johtajan vaihtuminen. Piirteitä voidaan tarkastella jonkin muuttujan määrän mukaan, esimerkiksi yksilötasolla työn itsenäisyysasteen tarkastelu suhteessa työtyytyväisyyteen. Tapahtumalähtöinen tarkastelu kannustaa ajattelemaan dynaamisesti, muutosta ja pitkän aikavälin perspektiiviä edistäen. (Morgeson, Mitchell & Liu 2015: 515-516.) Keskityn väitöstutkimuksessani johtajana kasvun pohjana oleviin *yksilötason oppimiskokemuksiin*, jotka syntyvät eri työuran tapahtumista ja tilanteista. En tarkastele tässä tutkimuksessa henkilökohtaisia ominaisuuksia, käyttäytymismalleja tai taitoja johtajuuden aineksina.

Aiemmissa tutkimuksissa (esimerkiksi McCauley ym. 1994; Yip & Wilson 2010) eri työuran tapahtumia on vertailtu ja arvioitu suhteessa niiden hyödyllisyyteen johtajana kehittymisen kannalta. Työuran tapahtumien merkitystä kattavasti vertailevia tutkimuksia on kuitenkin ollut löydettävissä vähän. Terveydenhuollon ympäristöstä on löydettävissä tutkimuksia, joissa tarkastellaan kokemuksia yksittäisistä työuran tapahtumista suhteessa johtajuuteen ja johtajana kehittymiseen. Esimerkkejä ovat lääkärijohtajien tiimityön kehittämisprojekti, case Cleveland Clinic (Porter, Stoller & Allen 2018), ylihoitajien kokemukset organisaatiomuutosten johtamisesta (Boyal & Hewison 2016), palautteenantoa kehittävän kollegoiden keskinäisen varjostamisen (*peer-to-peer shadowing*) kokemukset sairaanhoidon keski johdossa (Lalleman ym. 2017), johtamisen kehittämisohjelmien (johtamiskoulutus) arviointi (Lornudd ym. 2016) sekä henkilökohtaisen coachingin vaikuttavuus (Grant ym. 2017). Väitöstutkimuksessani lähtökohtana on tarkastella kaikkia niitä työuran tapahtumia, jotka nousevat esiin johtajana kehittymisen kannalta merkittävinä. Tutkimukseni tuo näin mahdollisuuden vertailla useiden eri työuran tapahtumien koettua merkitystä nimenomaan terveydenhuollon kontekstissa.

Terveydenhuollon eri ammattikuntien/professioiden edustajien ammatti-identiteetin on todettu vaikuttavan merkittävästi johtajarooliin sitoutumiseen. Tutkimusten mukaan lääkäri- ja hoitajataustaiset ovat kokeneet *siirtymisen kliinisestä työstä johtajaksi* eri tavoin. (Andersson 2015; Croft, Currie & Lockett 2015; McGivern ym. 2015; Spehar, Frich & Kjekshus 2015; Styhre, Roth & Roth 2016; Virtanen 2010.) Lääkäritaustaisten johtajien kokemukset siirtymisestä johtamis- ja hybridirooliin ovat saaneet paljon huomiota tutkimuskohteena, toisin

kuin johtamisroolit muiden professioiden osalta. Kokeneiden lääkärijohtajien rooli- ja identiteettisiirtymiä on kuitenkin tutkittu vähän. (Nordstrand Berg & Byrkjeflot 2014; Croft, Currie & Lockett 2015; McGivern ym. 2015; Spyridonidis, Hendy & Barlow 2015.) Aiemmat löytämäni tutkimukset ovat pitkälti keskittyneet yhteen ammattiryhmään kerrallaan, poikkeuksina kuitenkin esimerkiksi Norjassa toteutetut lääkäreiden ja hoitajien johtamisrooleja vertailevat tutkimukset (Nordstrand Berg & Byrkjeflot 2014; Spehar, Frich & Kjekshus 2015). Väitöstutkimukseni kohderyhmä koostuu sekä lääkäri- että hoitajataustaisista johtajista sekä heihin verrattavissa olevista ammattilaisista. Tarkastelen tutkimuksessani lääkäri- ja hoitajataustaisten tutkittavien kokemuksia yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien löytämiseksi.

Väitöstutkimukseni on narratiiveihin pohjautuva tapaustutkimus, jonka kohteena on yhden organisaation keski- ja ylimpään johtoon kuuluvat johtajat. Terveystieteiden ympäristössä johtajuusidentiteettiä on tutkittu narratiivien avulla, esimerkiksi lääkärijohtajien identiteettihaasteita (Andersson 2015) sekä lääkäritähtaustaisen johtaja-ammattilaishybridien identiteettityöstöä (McGivern ym. 2015).

Kuvaan seuraavaksi lyhyesti väitöstutkimukseni historiaa ja taustaani tutkijana. Ajatukseni väitöstutkimuksen tekemisestä syntyi vuoden 2014 alussa. Johtamisen kehittäminen ja johtamiskoulutus oli muodostanut siihenastisen työurani punaisen langan ja mielessä oli jo jonkin aikaa kypsynyt toive uuden näkökulman saamisesta aiheeseen. Halusin syventää näkemystäni erityisesti johtajana kehittymisestä ja samalla reflektoida omia n. 15 vuoden johtamis- ja esimiesurani kokemuksia. Kokemusta oli kertynyt sekä toimitusjohtajarooleista että keskijohdossa toimimisesta. Johtamisen kehittämiseen liittyvät teoreettiset viitekehykset olivat yleisellä tasolla pitkälti tuttuja, jo gradutyöni käsitteli keskijohdon johtamistaidollista koulutusta. Nyt oli halukkuus syventää omaa osaamista ja tutkia kasvua johtajana eräänlaisena koettuna oppimismatkana.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstiin pääsin tutustumaan kun vastasin vuosina 2012 – 2014 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUSille toteutetuista 30 opintopisteen johtamiskoulutuskokonaisuuksista ohjelmien projektijohtajana. Ohjelmia toteutettiin sekä lähi- että keskijohdolle, ohjelmien suunnittelusta ja toteutuksesta vastasivat yhteistyössä HUS, Itä-Suomen yliopisto ja silloinen työnantajani FCG Finnish Consulting Group Oy. Koulutusohjelmien aikana HUSin/sairaalaorganisaation johtamiseen liittyvät keskeiset kysymykset alkoivat kiinnostaa syvällisemmin. Johtamisympäristöön oli myös tulossa uusia haasteita valtakunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksesta (sote-uudistus). Tutustuin keväällä 2014 useisiin sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen liittyviin tutkimuksiin, esimerkkeinä Vuokko Niirasen ym. (toim.)

”Johtajana muutoksissa” (2014), Juha V. Virtasen väitöskirja ”Johtajana sairaalassa” (2010) sekä Elina Viitasen ym. ”Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa” (2007).

Kun keskustelut HUSissa johtivat kiinnostukseen väitöstutkimuksen tekemisestä, aloin tehdä varsinaista tutkimussuunnitelmaa. Tämä tutkimus on siis tehty tutkijan aloitteesta. Asetin tutkimustyön tavoitteeksi (tutkimussuunnitelma lokakuu 2014) selvittää, miten johtajuuden oppiminen tapahtuu, alkaen motivaatiosta, itsetuntemuksesta ja kyvystä johtaa itseään. Väitöskirjan ytimessä oli halu selvittää, mitkä tapahtumat tai tilanteet ovat olleet johtajien ammattiuralla käänteentekeviä johtajuuden kehittymisen kannalta, keskeisenä tarkastelukulmana johtajan identiteetti ja suhde toimintaympäristöön.

Miksi työuran tapahtumat ja tilanteet valikoituivat johtajaksi kasvun tarkastelun ytimeen väitöstutkimuksessani? Olin työssäni omaksunut ajattelun ns. 70-20-10 –säännöstä, jonka mukaan jopa 70 % kehittymisestä tapahtuu epämuodollisen työssä oppimisen avulla, 20 % omaa osaamista pohtivasti tarkastelemalla ja vain alle 10 % koulutuksen ja muiden muodollisten ohjelmien keinoin (Ashford & DeRue 2012; DeRue & Wellman 2009; McCauley ym. 1994; Vistbacka 2007). Minua kiinnosti, minkälaiset tapahtumat nousisivat esiin erityisesti sairaalaorganisaatiossa, jossa muodollisen pätevyyden vaatimus ohjaa osaltaan työuran tapahtumia. Oppimisfilosofinen näkemykseni perustui kokemusoppimiseen, jonka myötä kiinnostukseni ohjautui johtajaksi kasvun kokemuksiin. Ne taas ankkuroituivat kokemusoppimisen teorioiden (esimerkiksi Kolb 1984) myötä konkreettisiin työuran tapahtumiin. Lisäksi työ terveydenhuollossa tarjoaa johtajalle lukuisia työssä oppimisen mahdollisuuksia (Kivinen 2008; Niiranen & Lammintakanen 2014). Johtajuusidentiteetti ja sen rakentuminen valikoitui tarkastelun kohteeksi terveydenhuollolle tyypillisesti vahvojen ammattikuntaidentiteettien rinnalle (esimerkiksi Virtanen 2010). Roolisiirtymien on yleisesti todettu vaikuttavan identiteetin työstöön ja identiteettimuutoksiin (Ibarra & Barbulescu 2010).

Perustelut tutkimuksen tekemiselle liittyvät yhtäältä tutkimukselliseen tarpeeseen ja toisaalta henkilökohtaiseen kiinnostukseen. Tutkimusaukko muodostuu eri tarkastelukulmien yhdistämisen tarpeesta kuten tarpeesta tutkia yhtäaikaan useita erilaisia tutkimuksissa esiin nousevia työuran tapahtumia ja eri ammattiryhmien kokemuksia niistä. Johtajana kasvun kannalta merkityksellisiksi koetut tapahtumat muodostavat kasvukertomuksia, joita analysoimalla voi ymmärtää johtamisen motivaatiolähteitä ja johtajuusidentiteetin muodostumista. Tieteellisen tutkimuksen kannalta keskeistä on ollut tutkimuksen toteuttaminen erikoissairaanhoidon erityisessä kontekstissa ja kohdeorganisaatiossa, joiden

ymmärtämiseksi teoreettinen tarkastelu pohjautuu useisiin teoreettisiin viitekehyksiin ja tarkastelun näkökulmiin.

Henkilökohtainen kiinnostukseni kumpuaa halusta syventää näkökulmaa johtajana kehittymisen ilmiöön, pohjautuen työuran aikana muodostuneeseen käyttöteoriaan omalle työlle johtamisen kehittämisen parissa. Uskon työssä oppimiseen, kokemuksista oppimiseen ja siihen, että johtajana voi jatkuvasti kasvaa ja kehittyä.

Olen tämän pääluvun aluksi kuvannut ensin taustaa väitöstutkimuksen tekemiselle (alaluku 1.1), minkä jälkeen esitän tutkimukseni tarkoituksen, tavoitteet ja tutkimuskysymykset (1.2). Alaluvussa 1.3 avaan väitöstutkimuksen tieteenfilosofiset taustaoletukset. Lopuksi alaluvussa 1.4 käyn läpi monografian rakenteen.

## 1.2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimukseni kontekstissa, erikoissairaanhoidossa/ yliopistosairaalassa, johtamistehtävästä motivoituneiden ja siihen sitoutuneiden johtajien löytäminen on yksi suurimmista *resurssointihaasteista*. Johtamis*professiota* tarkasteltaessa on huomioitava tehtäviin vaadittavien kelpoisuusehtojen lisäksi terveydenhuollon johtamisen erityispiirteenä johtamistyön rooli usein vain yhtenä roolina klinisen työn, hoitotyön, tutkimuksen, opetuksen ja muiden tehtävien rinnalla.

Väitöstutkimukseni *tarkoituksena* on johtajien työuraan liittyvien kokemusten näkökulmasta tulkita sairaalaorganisaatiossa johtajaksi kasvuun vaikuttavia tekijöitä ja siten osaltaan vastata sairaaloiden tavoitteeseen löytää ja sitouttaa johtamistyöstä motivoituneita johtajia. Tutkimuksen *päätaavoite* on lisätä ymmärrystä johtajana kehittymiseen vaikuttavista tilanteista ja tapahtumista sekä johtamistyön motivaatiotekijöistä. Väitöstutkimuksen tutkimuskohteina ovat erikoissairaanhoidon keski- ja ylimpään johtoon kuuluvien johtajien *kertomukset* merkityksellisistä työuran tapahtumista ja kasvusta johtajaksi. Resurssoinnin tarkastelukulma kytkee väitöstutkimukseni tuotantotalouden alaan ja professioiden sekä terveydenhuollon kontekstin tarkastelu sosiaali- ja terveysjohtamiseen.

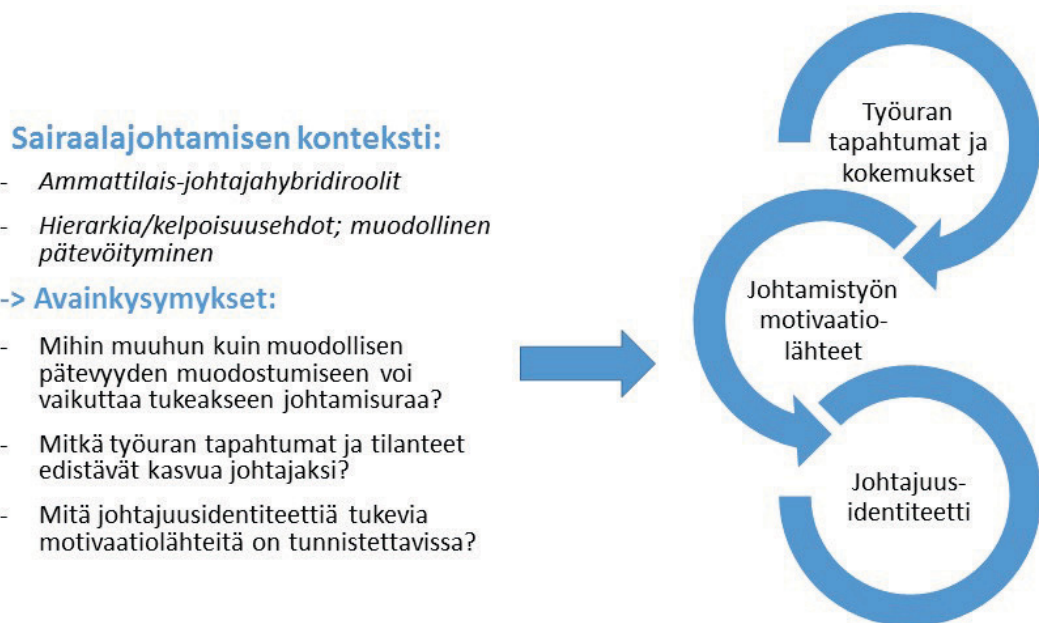
Väitöstutkimuksen *pääkysymys* on: miten yliopistosairaalan keski- ja ylimpään johtoon kuuluvat tutkittavat kuvaavat työ- ja johtamisuraansa ja erityisesti johtajana kehittymisen kannalta merkityksellisiksi kokemiaan työuran tapahtumia. Tarkentavina *alakysymyksinä* esitän: 1. miten työuran tapahtumat ja kokemukset niistä ovat toimineet oppimisen ja johtajana kehittymisen lähteinä,



mitkä seikat ovat tukeneet tai estäneet kasvua johtajaksi? ja 2. miten tutkittavat kuvaavat kasvuaan johtajarooliin ja tämänhetkistä johtajuusidentiteettiään? Tarkastelen tutkimuskysymyksiä suhteessa professioihin.

Väitöstutkimuksen kohdentamisen ja hallinnan kannalta raja- ja tarkastelun ulkopuolelle elämäntapa- ja elämäntapapsykologian mukaiset kehitysvaiheet sekä yksityiselämän mahdollisesti paljonkin vaikuttavat tapahtumat. Elämäntapa- ja elämäntapapsykologian kehitysvaiheet liittyvät työuran tapahtumiin siten, että tapahtumien on todettu olevan merkityksellisempiä ja vaikuttavampia silloin kun ne osuvat henkilön kehittymisen kannalta sopivaan vaiheeseen (Morgeson, Mitchell & Liu 2015: 528).

Väitöstutkimukseni lähtökohdat on esitetty kuviossa 1.



### Kuvio 1. Väitöstutkimuksen lähtökohdat

### 1.3 Tieteenfilosofiset taustaoletukset

Kuvaan tässä alaluvussa tieteenfilosofisia taustaoletuksiani ja lähestymistapojani. Omaksumani paradigma, ”yhteisten lähtökohtaoletusten ja arvojen kehikko” (Haaparanta & Niiniluoto 2016: 130), on tulkinnallinen; kuvailen ja luon tulkintoja tutkimuskohteesta, muodostaen yhdenlaisen näkökulman tarkastelemastani ilmiöstä. Ajattelen tiedon väitöstutkimuksessani olevan kokemuksellista, kontekstiin sidottua ja subjektiivista, tulkintoihin pohjautuvaa.



Tieto on ihmisiin ja käytäntöihin sitoutunutta ja tietoa tulee siten etsiä ihmisiltä itseltään. Tutkimusotteeni on hermeneuttinen ja kerronnallinen, menetelmällisesti haastatteluina ilmenevä. Tutkimukseni on tulkitseva tapaustutkimus ja tutkijan roolinani on olla tulkitsija, joka sekä vaikuttaa tutkimukseen että on vaikutuksen kohde. (Cunliffe 2011; Heikkinen 2015; Puusa & Juuti 2011.)

Niin kuin alaluvussa 1.1 kuvasin, tutkimustyötäni ohjaa ajatus siitä, että johtajana voi jatkuvasti oppia ja kehittyä, eikä johtajaksi synnytä (esimerkiksi Mumford ym. 2000). Tosin De Neve ym. (2013) mukaan yksilön johtavaan asemaan nousemiseen vaikuttavat monimutkaisella tavalla sekä geneettiset että ympäristöstä johtuvat vaikutukset. Toinen keskeinen taustaoletukseni koskee kokemuksista oppimista. Vaikka uuden tiedon merkitys on sinällään kiistaton, uskon edelleen, että ”johto ei niinkään tarvitse kehittyäkseen uutta tietoa vaan oman kokemuksen jäsentämistä” (Vistbacka 2007: 11). Dewey on tutkinut elämäkokemusten ja oppimisen välistä yhteyttä ja esittää kokemusfilosofiansa ydinkysymyksenä sen, miten ihminen voi oppia kokemuksestaan (Alhanen 2013: 15; Ruohotie 2000: 138). Ihmisen kasvuille voidaan Deweyn mukaan määrittää kaksi perustavaa ehtoa: keskeneräisyys ja plastisuus. Keskeneräisyys tai epäkypsyys merkitsee kasvun mahdollisuutta ja läsnä olevaa kykyä kehittyä kun taas plastisuus viittaa kykyyn omaksua kokemuksesta jotakin uusissa ongelmatilanteissa hyödyllistä. (Siljander 2014: 190-191.) ”Me käytämme menneitä kokemuksia rakentaaksemme tulevaisuudessa uusia ja parempia kokemuksia. Jo kokemus itsessään sisältää kehityksen, jossa se ohjaa omaa jalostumistaan.” (Dewey 2012: 127). Deweyn mukaan kaikki kasvaminen tapahtuu kokemuksen kautta, kokemus voi olla joko kasvattava tai ei-kasvattava. Ollakseen kasvattava, kokemuksen pitää noudattaa jatkuvuuden periaatetta, jonka mukaan oppimista tuottavat kokemukset muodostavat kasvunäkymiä avaavan jatkumon, eivätkä ole irrallisia yksittäistapauksia. Kokemus on yhteisöllistä ja toteutuu yksilön ja ympäristön transaktion kautta. (Ruohotie 2000: 138; Siljander 2014: 187.) Kokemuksista oppiminen edellyttää tietynlaista asennoitumista niihin - pohdintaa (*reflection*) (Alhanen 2013: 125). Deweyn mukaan pohtiminen perustuu aina tutkimiseen ja pohdinta käynnistyy kun ”ihminen päättää pidättäytyä välittömästä toiminnasta ja hän ryhtyy tutkimaan tilannetta älyllisesti” (Alhanen 2013: 129). Dewey korostaa ihmislajin kykyä hyödyntää pohdinnassa myös toisten ihmisten ja aikaisempien sukupolvien kokemuksia (Alhanen 2013).

Ihmisen olemiseen, eksistenssiin, sisältyy Heideggerin mukaan olemisen ymmärtäminen (Alanen 2014: 55). Hermeneuttisen käsityksen mukaan ”ihminen elää olemisen ymmärtäneisyyden tilassa; ihminen on aina jo tulkinnut maailman” (Alanen 2014: 39). Hermeneuttisen kehän käsitteen mukaisesti tutkijalla on

olemassa tutkittavasta aiheesta esiymmärrys ja tutkimushavainnot ovat teoriasidonnaisia, koska ne liittyvät aikaisempaan tietoon, jo ymmärrettyyn. Tutkija työskentelee koko tutkimusprosessin ajan kehämäisesti edeten kokonaisuudesta osiin ja takaisin kokonaisuuteen, teorian tiedon ja aineiston tarkastelun sekä aiemmin tiedetyn ja uutena omaksutun vuorotellessa, käyttäen abduktiivista päättelyä (Alanen 2014: 43; Cunliffe 2011: 664; Haaparanta & Niiniluoto 2016: 110; Puusa 2011: 120; Puusa & Juuti 2011.)

Väitöstutkimuksen tekemistä aloittaessani olin paitsi omaksunut tiettyjä oppimiseen ja kehittymiseen liittyviä viitekehyksiä myös paneutunut erityisesti terveydenhuollon ja sairaaloiden johtamista, työuraa ja sen tapahtumia sekä (johtajuus)identiteetin rakentumista koskevaan kirjallisuuteen ennen tutkimuskysymysten määrittelemistä. Aikaisemman tiedon lisäksi tutkimukseni lähtökohtana on myös käytännön askarruttava ilmiö tai havainto (Spens & Kovács 2006: 377) - sairaalaorganisaation tarve löytää johtamistyöhön sitoutuneita johtajia. Abduktiivisessa prosessissa aikaisemmalla teorian tiedolla on merkitystä, vaikka se ei sellaisenaan pystyisikään selittämään havaittua ilmiötä. Tutkija voi käynnistää teorioiden yhteensovittamisen löytääkseen uuden viitekehyksen olemassaolevan ilmiön tarkasteluun, esimerkiksi lainaamalla teorioita muilta tieteenaloilta. (Spens & Kovács 2006: 377.) Abduktiiviseksi lähestymistapani tekee juuri useiden teorioiden käyttäminen, joita olen syventänyt empiirisen tutkimuksen etenemisen ja uusien havaintojen tekemisen myötä. Paavola & Hakkarainen (2006: 271) kuvaavat tutkimusaineiston hahmottamista uudella tavalla abduktiivisen oivalluksen jälkeen – havaintojen ja teorioiden välille haetaan yhteyttä. Pitkäaikainen kokemukseni on uskoakseni myös auttanut minua huomioiden tekemisessä ja abduktiivisen ”arvaamisvaiston” (Paavola & Hakkarainen 2006: 277) kehittämisessä. Vaikka päädynkin tietyiltä osin tutkimustulosteni perusteella alustavasti esittelemään myös uutta viitekehystä tai tarkastelutapaa, en kuitenkaan induktiivisesti yritä yleistää sitä tässä tutkimuksessa. Sen sijaan päädyn abduktiivisen lähestymistavan mukaisesti ehdottamaan jatkotutkimusta mahdollisen yleistämisen perustaksi. (Spens & Kovács 2006: 378.)

Kerronnallinen tutkimus tarkoittaa tutkimusta, ”joka kohdistaa huomionsa kertomuksiin ja kertomiseen tiedon välittäjänä ja rakentajana” (Heikkinen 2015: 151). Kertomukset/narratiivit ovat yksi keskeinen tapa organisoida ja jäsentää henkilökohtaiset kokemukset itselle ymmärrettävään muotoon. Narratiivien analyysi mahdollistaakin sen tutkimisen, miten ihmiset rakentavat itselleen versioita ympäristöstään, sen tapahtumista ja ihmisistä. (Koskinen, Alasuutari & Peltonen 2005.) Heikkisen (2015: 158) mukaan kerronnallisen tutkimuksen korostama ymmärtämisen prosessi lähentää kerronnallista tutkimusta muihin tulkinnallisen tutkimuksen muotoihin, erityisesti hermeneuttiseen tutkimukseen.

Hermeneutiikassa keskeistä on eläytyvä ymmärtäminen ja kyky tulkita ja ymmärtää sosiaalista todellisuutta (Niiniluoto 1997; Siljander 2014). Hermeneuttisessa mielessä ihmistieteiden tutkimuskohteet rakentuvat merkityssuhteista (Siljander 2014: 78). ”Merkityksenantoa tapahtuu ja merkityssyhyde syntyy, kun jokin alkaa tarkoittaa jollekin jotakin, viitata johonkin” (Latomaa 2005: 27). Merkitysten tutkimisessa tulkinta perustuu aina tradition ja historiallisen tilanteen antamaan ennakkokäsitykseen tai esiyymmärrykseen, joka muodostuu esimerkiksi niistä teorioista, joihin tutkija on tutustunut (Haaparanta & Niiniluoto 2016: 113; Kakkuri-Knuuttila & Heinlahti, 2006: 33; Moilanen & Räihä 2015: 58). Tutkijan on syytä olla tietoinen omasta esiyymmärryksestään - ymmärtäminen ja tulkinta eivät ole yleispäteviä (Kakkuri-Knuuttila & Heinlahti 2006: 33; Moilanen & Räihä 2015: 58). Kertomusten tai narratiivien ei odoteta olevan suora kuva todellisuudesta vaan ne kertovat sekä todellisuudesta että kertojan suhtautumisesta todellisuuteen, uudenlaista ymmärrystä ja näkemystä avaten (Erkkilä 2005: 207; Heikkinen 2015: 164).

Väitöstutkimukseni on tapaustutkimus (*case study research*), joka valitaan yleensä menetelmäksi kun tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta syvällisesti sen konteksti huomioiden (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Juuri kontekstin näkökulma ja tarkastelu määrittelevät tapaustutkimuksen, tapausta tarkastellaan sekä aiempaan tutkimukseen että kontekstiin peilaten (Piekkari & Welch 2011: 184). Tämä tutkimus on tulkitseva tapaustutkimus, jossa erilaisia ja eriäviä näkemyksiä tuodaan esiin narratiiveja sekä reflektiivistä kirjoitustyyliä käyttämällä (Piekkari & Welch 2011: 190). Tulkitseva perinne korostaa kontekstin, narratiivien ja tutkijan henkilökohtaisen sitoutumisen merkitystä. Tavoitteena on tiheä kuvaus (*”thick description”*), tuloksena ymmärrys toimijoiden subjektiivisista kokemuksista. (Welch ym. 2011: 745-747.) Tutkijan roolilla ja identiteetillä on vaikutusta aineiston keruuseen ja analysointiin (Piekkari & Welch 2011; Welch ym. 2011).

Käytän tämän alaluvun yhteenvedona tutkijoille esitettyä kysymyslistaa koskien identiteettien tutkimusta osana organisaatiotutkimusta (Alvesson, Ashcraft & Thomas 2008: 17-21). Vaikka johtajuusidentiteetti onkin vain yksi tarkastelukohde väitöstutkimuksessani, kysymykset ja annetuista vaihtoehdoista valitsemani vastaukset selkeyttävät mielestäni hyvin tutkimukseni lähtökohtia. Kysymykset ovat: Miksi tutkia identiteettejä?, Kuka on identiteetin rakentamisen päätoimija?, Mitkä ovat tärkeimmät identiteettien ainekset?, Koska agentti on sitoutuneena prosessiin, mihin ja miten pitäisi edetä identiteettiä tutkittaessa? Vastaukseni näihin kysymyksiin ovat: tutkimme ymmärtääksemme inhimillistä kokemusta organisaatiossa, käytännöllis-hermeneuttisesta näkökulmasta. Kiinnostuksen kohteena ovat johtajina toimivat yksilöt ja heidän kertomuksensa. Painopisteenä on identiteetin rakentumisen ymmärtäminen merkityksellisten

tapahtumien tuloksena, jotka voivat olla luonteeltaan suuria muutoksia tai toistuvia pieniä tapahtumia. Miten edetä – johtajia haastattelemalla ja narratiiveja analysoimalla.

## 1.4 Tutkimusraportin rakenne

Väitöstutkimus on muodoltaan *monografia*, joka koostuu kiinteästi toisiinsa liittyvistä osista:

- 1 Tutkimuksen lähtökohdat
- 2 Kasvu johtajaksi, työuran tapahtumat ja johtaminen terveydenhuollossa
- 3 Metodologia ja aineisto
- 4 Tutkimustulokset
- 5 Pohdinta ja johtopäätökset

Kuvaan pääluvussa 1 väitöstutkimukseni tekemisen taustaa ja esitän tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Pääluvun kolmantena kokonaisuutena tarkastelen tieteenfilosofisia taustaoletuksiani.

Pääluvun 2 teoriatarkastelun teemoja ovat kasvu johtajaksi, johtajuusidentiteetti sekä työura ja uratapahtumat. Pääluvun toisen kokonaisuuden muodostaa terveydenhuollon johtamisen erityispiirteiden tarkastelu. Kuvaan terveydenhuollon globaaleja muutostrendejä ja suomalaista terveydenhuoltoa. Palvelutuotannon kehittämistä tarkastelen erityisesti tuotantotalouden, tarkemmin strategiavalintojen sekä potilaiden ja henkilöstön osallistamisen, näkökulmasta. Johtamisroolit sairaalaorganisaatiossa –alaluvun teemoina ovat rakenteet ja kulttuuri sekä professiot ja johtaminen.

Pääluvussa 3 Metodologia ja aineisto esittelen ensin tutkimukseni kohdeorganisaation ja kuvaan sen toimintaympäristöä. Sen jälkeen kerron haastattelujen tekemisestä, menetelmistä ja vaiheista sekä aineiston analyysistä.

Esittelen tutkimustulokset 4. pääluvussa neljään pääteemaan jaotellen: työuran merkitykselliset tapahtumat, johtamisrooliin päätyminen, substanssiosaaminen ja sen jatkuva ylläpitäminen: valkoinen takki sekä johtamistyön motivaatiolähteet ja johtajaksi kasvun ”viisi prototyyppiä”.

Pääluvussa 5 teen yhteenvedon tutkimustuloksista ja pohdin niitä teemoittain. Pohdin väitöstutkimukseni tieteellistä merkitystä ja täydentävää vaikutusta

aiempaan tutkimukseen. Lisäksi arvioin tutkimukseni laatua: luotettavuutta, eettisiä kysymyksiä ja tutkijan positiotani. Lopuksi esitän suosituksia käytännön soveltamiseen sekä jatkotutkimusideoita.

## 2 KASVU JOHTAJAKSI, TYÖURAN TAPAHTUMAT JA JOHTAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

Esittelen tässä pääluvussa ensin väitöstutkimukseni kannalta keskeiset teoreettiset viitekehykset ja käyttämieni käsitteiden rajaukset. Tarkastelen sen jälkeen terveydenhuollon johtamisen erityispiirteitä.

### 2.1 Kasvu johtajaksi, johtajuusidentiteetti, työura ja uratapahtumat

#### 2.1.1 Kasvu johtajaksi

Väitöstutkimukseni otsikko on ”Työuran merkitykselliset tapahtumat ja kasvu johtajaksi sairaalaorganisaatiossa”. Keskeinen tutkittava ilmiö on *kasvu johtajaksi*, jonka määrittelen tarkastelussani sekä johtajaksi että johtajana kasvuksi. Kasvun johtajaksi voi tulkita viittaavan ajallisesti sellaisiin tapahtumiin, jotka edeltävät johtajaksi tai johtamisrooliin tulemistä. Näen kuitenkin kasvun Deweyn mukaan jatkuvan kasvun periaatteen mukaisesti niin, että päämääränä on ulkoisen lopputilan sijasta kasvu itse (Siljander 2014: 190). Käytän kasvun synonyyminä käsitettä kehittyminen. Kasvun ja kehityksen käsitteitä käytetään paljon synonyymeinä, kasvun käsite viittaa kehityksen kokonaisvaltaisuuteen ja tiettyyn omaehtoisuuteen (Hirsjärvi & Huttunen 1995). Sitä käytetään erityisesti kun halutaan korostaa kehityksen ”humanistisia, inhimillisiä, pehmeitä piirteitä” (Hirsjärvi & Huttunen 1995: 42). Näin ollen ilmiöstä kasvu johtajaksi voi tutkimuksessani yhtä hyvin käyttää käsitteitä kasvu tai kehittyminen johtajana. Kasvun ja kasvatuksen välistä suhdetta voidaan kuvata siten, että kasvu on prosessi ja kasvatusta on toimintaa (Siljander 2014: 190). Samalla tavalla kehittyminen johtajana on prosessi kun taas johtamisen kehittäminen on toimintaa.

Johtamisen kehittämisen tutkimus on lähestymistavoiltaan monimuotoista, monimutkaista ja vastakkaisia näkemyksiä tarjoavaa (Carroll & Smolovic Jones 2017: 2). Johtajana kehittymisen lähestymistapoja ja malleja on runsaasti, mutta yleisesti määriteltä, empiirisesti todennettua teoriaperustaa ei tutkijoiden mukaan ole olemassa (Dragoni ym. 2009; Lord & Hall 2005; O’Connell 2014). Suurin osa johtamisen ja johtajana kehittymisen tutkimuksista pohjautuu *kokemusoppimisen* teorioihin, joiden mukaan yksilöt voivat oppia kokemuksistaan ja soveltaa näitä oppeja kehittääkseen suoriutumistaan johtajana (DeRue ym. 2012: 997). O’Connell (2014: 189-190) määrittelee kirjallisuuskatsauksensa pohjalta kolme emergenttiä johtamisen kehittämisparadigmaa: aikuiskasvatuksen (*adult development*) paradigma,

sosiaalisen konstruktivismin/rakentumisen (*social constructive*) paradigma ja yhdistävien arvojen (*connective values*) paradigma. Näistä aikuiskasvatuksen paradigman mukainen johtamisen kehittäminen pohjautuu uran ja elämän mittaiseen reflektoiivaan kokemusten työstöön. Kokemuksista oppimisen tukemiseen ei kuitenkaan ole panostettu riittävästi (Ashford & DeRue 2012; Heslin & Keating 2016). Keskeiseksi kysymykseksi muodostuukin, miten kasvua johtajaksi voi edistää tunnistamalla ja vahvistamalla kokemuksista oppimisen edellytyksiä?

Kuvaan seuraavassa kokemosoppimisen perustaa käyttämällä aikuisen oppimista tutkineiden oppimisteoreetikkojen, erityisesti Kolbin käsitteitä. *“Learning is the process whereby knowledge is created through the transformation of experience”* (Kolb 1984: 38). Kolb (1984) kuvaa Deweyn, Lewinin ja Piagetin oppimismalleja, joiden yhteiset piirteet määrittelevät kokemosoppimisen perustan. Ensinnäkin, huomio kiinnittyy oppimisprosessiin sisällön tai tuloksena olevan käyttäytymisen muutoksen sijasta. Oppiminen nähdään jatkuvana prosessina ja kaikki oppiminen on uudelleen oppimista. Piagetin mukaan yksilöt omaksuvat uusia ideoita joko liittämällä ne aiempiin käsityksiinsä (assimilaatio) tai mukauttamalla käsityksiään (akkomodaatio) (Kolb 1984; Siljander 2014). Kolb (1984) kuvaa kokemuksista oppimiseen tarvittavia neljää taitoa tai kykyä: konkreettisiin kokemuksiin sitoutumisen kykyä, reflektiivisen havainnoinnin kykyä, abstraktin käsitteellistämisen kykyä sekä aktiivisen kokeilun ja ongelmanratkaisun taitoja (Kolb 1984: 30; Ruohotie 2000: 139).

Kokemosoppimisen prosessi voidaan kuvata neljästä vaiheesta koostuvana kehänä, jossa ensimmäisenä vaiheena on välitön kokemus, toisena vaiheena reflektoiiva tai pohdiskeleva havainnointi, kolmantena vaiheena käsitteellistäminen, tavoitteena esimerkiksi sopivan teorian muodostus, sekä neljäntenä aktiivisen toiminnan ja kokeilemisen vaihe, jossa pyritään löytämään ratkaisuja ja muuttamaan asioita (Kolb 1984; Ruohotie 2000). Oppimisvaiheiden välillä on Kolbin mukaan kaksi erillistä dimensiota (Kolb 1984; Ruohotie 2000: 139-140): ymmärtävä tiedostaminen (*prehension*) ja kokemuksen muuntaminen (*transformation*). Kokemosoppimisen mallia on täydennetty, esimerkiksi Barnett on lisännyt viidennen vaiheen, joka on toteutuksen suunnittelu. Jarvis puolestaan kytkee yhteen reflektion ja aktiivisen kokeilun. (Ruohotie 2000: 140-141.)

Ashford & DeRue (2012) mukaan kokemuksista oppimisen edellytyksenä on tietoinen sitoutuminen (*mindful engagement*). Tietoisen sitoutumisen prosessi alkaa kehittämällä oppimisorientaatiota ja asettamalla oppimistavoitteita. Kokemusten toteutusvaiheessa aktiivisen kokeilun, palautteen hakemisen ja tunteiden sääntelyn on todettu edistävän kokemuksista oppimista. Reflektiovaiheessa opitaan esimerkiksi analysoimalla kokemusten syy-



seuraussuhteita. (Ashford & DeRue 2012: 149-152.) Tietoista sitoutumista voi edistää oppimismoodilla (*learning mode*), joka perustuu kasvu- ja kehittymisasenteeseen (*growth mindset*) (Heslin & Keating 2017). Dragoni ym. (2014: 704) mukaan johtajilla, joilla on vahva oppimisorientaatio on kehittävämpiä tehtäviä, koska he näkevät tehtävät keinona saavuttaa kehittymistavoitteensa. Työssä tapahtuvaa kokemuksista oppimista voi optimoida yhdistelemällä työtehtäviä muihin kehittämisstrategioihin kuten koulutukseen, valmennukseen ja arviointiin (esimerkiksi Brutus ym. 2000: 367-368). Erillisinä tarkasteltuina epämuodollisilla, työssä tapahtuvilla kokemuksilla on enemmän vaikutusta kehittymiseen kuin muodollisilla ohjelmilla, kuten koulutuksilla (Seibert ym. 2017: 386). Myös työssä viihtyminen voi edistää kokemuksista oppimista (esimerkiksi Matsuo 2015).

Johtamisen kehittäminen (*leadership development*) pohjautuu yksilön kehittymiseen (*leader development*), yksilötason kokemuksiin ja niistä oppimiseen sekä oppimista tukeviin interventioihin. Johtamisen kehittäminen ei kuitenkaan rajaudu yksilön kehittymiseen vaan kattaa kollektiivisen johtajuuskapasiteetin laajentamisen kannalta keskeisiä tekijöitä, kuten organisaatiokulttuurin ja johtamisjärjestelmät. (McCauley, Kanaga & Lafferty 2010.) Johtamisen kehittäminen on yksilö-, ryhmä- ja organisaatiotasolla tapahtuva ilmiö ja kehittämistoimenpiteiden pitäisi ottaa huomioon sosiaaliset suhteet ja kokonaisuudet (Day & Harrison 2007; Edwards ym. 2013). Kehittämistarpeet ratkaisevat keinojen valinnan: onko tarkoitus vahvistaa yhtenäistä toimintakulttuuria vai esimerkiksi hakea uutta ajattelua (Vistbacka 2007).

Tarkastelen kokemuksista oppimista yksilön näkökulmasta terveydenhuollon johtamisen kontekstissa. Keskityn johtamiseen yhtäältä johtamisresurssin kehittämiskysymyksenä ja toisaalta johtamisrooliin liittyvänä keskusteluna. Johtamisroolia tarkasteltaessa korostuvat johtaminen professiona ja johtajuusidentiteetin merkitys. Kuvaan terveydenhuollon johtamista tarkemmin alaluvussa 2.2. Pohjustan kuitenkin jo seuraavassa johtajuusidentiteetin käsitettä yleisesti.

### 2.1.2 Johtajuusidentiteetti

Minäkäsitys koostuu Turnerin mukaan henkilökohtaisesta ja sosiaalisesta identiteetistä (Brown 2000: 7). Henkilökohtainen identiteetti viittaa ainutlaatuisiin, henkilökohtaisiin ominaisuuksiin kun taas sosiaalisella identiteetillä tarkoitetaan yksilön käsitystä itsestään ryhmän jäsenenä (Alvesson, Ashcraft & Thomas 2008: 10). Siirtymistä henkilökohtaisen identiteetin mukaisesta sosiaalisen identiteetin mukaiseen toimintaan kutsutaan



depersonalisoitumiseksi. Depersonalisointi merkitsee minän uudelleen määrittelyä, jossa kaikki viittaa 'meihin' eikä 'minuun', kuitenkin niin, ettei minä katoa tai sulaudu yhteisöllisyyteen tai regressoidu tiedostamattomalle identiteettitasolle. Ihmisellä on ajatus itsestereotypioista, jotka koostuvat omaa minää kuvaavista ominaisuuksista. Lisäksi samaan kategoriaan kuuluvilla sisäryhmän jäsenillä on yhteinen itsestereotypia. (Haslam, Reicher & Platow 2012: 84-85; Turner 1987: 50-51.) Nykyajattelun mukaisesti identiteettejä pitäisi tarkastella niin, että sekä yksilötaso että sosiaalinen taso ovat yhtäaikaaisesti edustettuina, kolmantena identiteettitasona voidaan pitää relationaalista, suhteisiin perustuvaa tasoa (Alvesson, Ashcraft & Thomas 2008; Day & Harrison 2007: 365; Hogg, Van Knippenberg & Rast 2012: 238).

Identiteettiä työstäessään ihmiset muodostavat, korjaavat, ylläpitävät, vahvistavat tai päivittävät sekä yhtenäisyyttä että erottuvuutta tuottavia rakenteita. Identiteetin työstö voi olla jatkuvaa tai se voi liittyä kriiseihin tai siirtymiin. (Sveningsson & Alvesson 2003: 1165.) Erityiset tapahtumat ja kohtaamiset sekä yleisesti jännitteiset ja yllättävät tilanteet aiheuttavat hämmennyksen ja epävarmuuden tunteita, jotka lisäävät identiteetin työstön tarvetta (Alvesson, Ashcraft & Thomas 2008: 15; Brown 2015: 25). Työstäessään identiteettiään ihmiset heijastelevat sekä ulospäin sosiaaliseen ympäristöön että sisäänpäin itseä kohti – identiteettityöstön lähteinä voivat toimia sekä ulkoiset tekijät kuten organisaatiodiskurssit ja roolit että henkilökohtainen elämänhistoria ja kyky reflektioon (Sveningsson & Alvesson 2003: 1169; Watson 2008: 140). Identiteetin rakentamiseen käytettävät resurssit vaihtelevat henkilöstä ja professiosta toiseen. Esimerkiksi johtajille ja lääkäreille johtajana ja lääkärinä toimiminen voi olla identiteetin kannalta keskeinen määrittely - johtamiskurssin sisällä korostuu managerin sosiaalinen identiteetti, professiodiskurssin sisällä esimerkiksi lääkärin identiteetti (Watson 2008: 128-129.) Koska ihmisillä on useita ryhmäjäsenyyksiä, he rakentavat kontekstista riippuen erilaisia, toivottuja identiteettejä, jolloin päädytään useisiin, ristiriitaisiinkin kertomuksiin (Croft, Currie & Lockett 2015: 115).

Uraidentiteetti tai identiteetti organisaatiotutkimuksessa viittaa niihin henkilökohtaisiin määrityksiin, joilla ihminen kuvaa sitä "kuka minä olen" ja "kuka minä haluaisin olla" (Fugate, Kinicki & Ashforth 2004: 17; Juuti 2011: 203). Uraidentiteetti, työhön liittyvä identiteetti ja organisaatioidentiteetti viittaavat kaikki siihen, miten ihmiset määrittelevät itsensä tietyssä työkontekstissa (Fugate, Kinicki & Ashforth 2004: 20). Uraidentiteetti on kuitenkin pitkittäinen eli se käsittää niin menneisyyden ja nykyisyyden merkityksen luonnin kuin tulevaisuuden suunnan miettimisenkin. Uraidentiteetti on ennemminkin tekemistä kuin omaamista; kertoessaan urastaan ihmiset käyttävät tiettyjä keskusteluja ja ryhmittelyjä asemoidakseen itsensä ja määritelläkseen

identiteettipositioita (LaPointe 2010: 3; Meijers & Lengelle 2012: 159). Uraidentiteetti on itsesäätelevä prosessi, jossa itseä ja ympäristöä sopeutetaan toisiinsa (Hoekstra 2011: 160).

Johtajuusidentiteetti voidaan määritellä siksi identiteetin osa-alueeksi, joka liittyy johtajana olemiseen tai käsitykseen itsestä johtajana (Day & Harrison 2007: 365). Mitä vahvempi ja jäsentyneempi johtajuusidentiteetti henkilöllä on sitä todennäköisemmin hän hakee johtamista kehittäviä kokemuksia. Jos ei näe itseään johtajana, ei myöskään ole motivoitunut kehittämään itseään johtajana. (Ashford & DeRue 2012; Day & Sin 2011; Lord & Hall 2005.) Johtajuusidentiteetti rakentuu organisaatioissa yhteistyönä kun yksilöt vaativat ja myöntävät johtaja- ja seuraajaidentiteettejä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (DeRue & Ashford 2010). Johtajan koetulla ”prototyyppisyydellä” eli ryhmän edustavuudella ja ryhmän puolella olemisella, on suuri merkitys johtajan hyväksyntään (Brown 2000: 114-115; Haslam, Reicher & Platow 2012: 110).

Johtajuusidentiteetin rakentumisen kannalta erityisen ryhmän muodostavat johtaja-ammattilaishybridit, jotka ovat ammatillisen taustan omaavia johtamistehtäviin siirtyneitä henkilöitä, jotka johtavat ammattilaisten työtä, ammatillisia kollegoita ja muuta henkilöstä (Croft, Currie & Lockett 2015: 381; McGivern ym. 2015: 412). Sairaalaorganisaatioille tyypilliset johtaja-ammattilaishybridiroolit muodostavat yhden tämän tutkimuksen lähtökohdista. Kuvaan sairaalaorganisaatioiden johtamisrooleja alaluvussa 2.2.3.

### 2.1.3 Työura ja uratapahtumat

Aloitan väitöstutkimukseni otsikon käsitteellä ”työuran merkitykselliset tapahtumat”. Tarkastelen *työuraa* johtamisuran näkökulmasta, analysoimalla *uratapahtumia* johtajana kehittymiseen vaikuttavina tapahtumina ja tilanteina. Urasta voidaan puhua toisaalta objektiivisena urana, joka sisältää sarjan työtehtäviä tai positioita ja toisaalta subjektiivisena urana, joka käsittää yksilön näkemykset omista urakokemuksistaan (Sturges 2004: 249). Ura voidaan määritellä koostuvaksi ”yksilön työhön liittyvistä ja muista olennaisista kokemuksista sekä organisaation sisällä että sen ulkopuolella, jotka muodostavat ainutlaatuisen kaavan tai mallin yksilön elämän mittaisesti” (Sullivan & Baruch 2009: 1543). Määrittely kattaa niin fyysiset muutokset kuten työpaikan vaihdoksen kuin yksilön tulkinnat esimerkiksi omista urakokemuksista, uravaihtoehtoista ja menestyksestä (Sullivan & Baruch 2009).

Inkson (2004:99) toteaa, että monet akateemiset urakäsitteet perustuvat metaforiin kuten Proteuksen ura, rajaton ura ja ura-ankkurit. Inkson (2004) tarkastelee uraa yhdeksän metaforan avulla, jotka ovat: ura perintönä

(*inheritance*), ura rakennelmana/rakentamisena (*construction*), ura syklinä (*cycle*), ura (yhteen)sopivuutena (*fit*), ura matkana (*journey*), ura kohtaamisina ja suhteina (*encounters and relationships*), ura roolina (*role*), ura resurssina (*resource*) ja ura kertomuksena (*story*). Väitöskirjani tarkastelu painottuu uraan kertomuksena.

Työurat ovat muuttuneet lineaarisista monisuuntaisiksi ja perinteisten organisaatiourien lisäksi viime vuosikymmeninä on alettu puhua rajattomista urista (*boundaryless careers*), Proteuksen urasta (*Protean career*) sekä käsitteestä ”*post-corporate career*” (Baruch 2004). Rajattomissa urissa uraa ei voida määritellä yhden organisaation rajojen sisälle ja osaamisen ajatellaan olevan siirrettävissä organisaatiosta toiseen (*portable careers*) (Sturges 2004: 256). Rajat voivat olla fyysisiä ja psyykkisiä, objektiivisia ja subjektiivisia, kuten erilaisten verkostojen merkitys (Briscoe & Hall 2006). Proteuksen ura määrittyy yksittäisen henkilön, ei organisaation taholta. Se pohjautuu yksilötason tavoitteisiin ja korostaa yksilön vastuunottoa, itseohjautuvuutta ja omiin arvoihin perustuvaa valinnanvapautta (Baruch 2004; Briscoe & Hall 2006). Menestymisen mittarina on ennemminkin psykologinen menestys kuin objektiivinen palkalla tai asemalla mitattava menestys, äärimmäisenä muotona on kutsumustyö (Briscoe & Hall 2006). Inkson ym. (2012: 331) toteavat monien ammattien kuitenkin olevan merkittävässä määrin sidoksissa urarajoihin; urailmiöiden tarkastelussa olisikin syytä käyttää rajojen ylittämisen (*boundary-crossing*) enemmän kuin rajattomuuden käsitteitä. Organisaatiourat ovat myös kehittyneet uudennlaisiksi yhdistelmiksi perinteistä byrokraattista uraa ja uusia uramuotoja. Organisaatiourat voivat toimia muuttuvissa olosuhteissa, eikä organisaatiouran tarvitse olla niin lineaarinen ja kontrolloitu kuin mitä on aiemmin totuttu ajattelemaan. Esimerkiksi henkilöstön kehittämisen nähdään olevan hyödyllistä sekä yksilölle että organisaatiolle. (Clarke 2013: 696-697.)

Yksilötasolla merkittävimmät työhön ja uraan vaikuttavat motiivit ovat erottautuminen (*distinction*), yhdistäminen (*integration*) ja rakenteeseen ja järjestykseen liittyvät motiivit (*structure motives*) (Hoekstra 2011: 162). Uravalintoihin vaikuttavat henkilön kyvyt, mielenkiinnon kohteet, sosiaalinen tausta ja suhteet sekä päätöksentekoon liittyvät kysymykset (Hirsh 2004: 226). Uravalintojen tekemiseen on kehitetty päätöksentekomalleja (esimerkiksi Van Esbroeck, Tibos & Zaman 2005). Yksilön mielenkiinnon kohteita voi puolestaan tarkastella uraorientaatioiden avulla. Schein kuvasi uraorientaatioita käsitteellä ura-ankkurit. Scheinin (1996: 80) mukaan ura-ankkuri on henkilön oma käsitys siitä, mitkä ovat hänen lahjakkuutensa ja kykynsä, perustavat arvonsa sekä uraan liittyvät motiivit ja tarpeet. Scheinin (1996: 80) alkuperäiset 1970-luvun puolivälin ura-ankkurit koostuivat autonomiasta, turvallisuudesta tai pysyvyydestä, teknistoiminnallisesta pätevyydestä, yleisestä johtamis-

kompetenssista ja yrittäjämäisestä luovuudesta. 1980-luvulla malli täydentyi kolmella ankkurikategoriolla: palvelu tai omistautuminen jollekin päämäärälle, puhdas haaste sekä elämäntapa (1996: 80). Uraorientaatioita on tutkittu eri aineistoilla, esimerkiksi Rodrigues, Guest & Budjanovcanin (2013) tutkivat uraorientaatioita käyttämällä brittiläisistä apteekkareista koostuvaa tutkimusaineistoa. Näistä tutkimustuloksista nousi esiin kahdeksan erilaista uraorientaatiota: 1. ammatillinen orientaatio, 2. toisten auttaminen, 3. elämäntapa, 4. uralla eteneminen, 5. haaste, 6. turvallisuus/pysyvyys, 7. yrittäjyys ja 8. itsenäisyys. Yksilöt voivat uraorientaationsa perusteella sopia hyvin erilaisiin johtamisrooleihin ja -malleihin sekä tilanteisiin. (Sturges 2004: 255-256.) Tarkastelen johtamisroolia sosiaali- ja terveystoiminnan näkökulmasta alaluvussa 2.2.3.

*Uratapahtumia ja -kokemuksia* kuvataan ja luokitellaan monin tavoin. Uratapahtumat voivat olla suunniteltuja tai suunnittelemattomia, yllättäviäkin tapahtumia. Suunnittelemattomilla, sattumanvaraisilla tapahtumilla tai tapahtumien yhdistelmillä voi olla suuri merkitys yksilön työuralla siitä huolimatta, että henkilökohtaisen päätöksenteon ja proaktiivisuuden merkitystä korostetaan uratutkimuksessa (Bright ym. 2009: 22). Sosiologian näkökulma korostaa satunnaisten tapahtumien (*chance events*) yhteydessä suotuisia ja epäsuotuisia olosuhteita, jotka vaikuttavat ratkaisevasti yksilön uraan kun taas työpsykologian näkökulmasta sattuma on sellainen suunnittelematon tapahtuma, joka muuttaa merkittävästi yksilön käyttäytymistä (Chen 2005: 254). Tapahtumien tarkastelussa keskeisiä ulottuvuuksia ovat paikka ja aika. Tapahtumat voivat tapahtua yksilön, ryhmän tai koko organisaation tasolla tai ne voivat olla lähtöisin organisaation ulkopuolelta. Niiden vaikutukset voivat jäädä alkuperäiselle tai ulottua eri suuntiin, ne voivat tapahtua lähellä tai kaukana. Ajallisesti tapahtumia voi tarkastella niiden keston ja ajoituksen mukaan. (Morgeson, Mitchell & Liu 2015.)

Erityiset *elämäntapahtumat* ja muistikuvat niistä voidaan jakaa alkuperäisiin/lähtökohdan muodostaviin tapahtumiin (*originating events*), käännekohtiin (*turning points*), ankkuroiviin tapahtumiin (*anchoring events*) ja samankaltaisiin tapahtumiin (*analogous events*) (Pillemer 2001). Sekä alkuperäiset tapahtumat että käännekohdat kytkeytyvät niitä seuranneisiin elämänvalintoihin. Näiden tapahtumien vaikutukset perustuvat jatkuvasti mieleen palautuviin muistikuviiin ennemmin kuin itse tapahtumiin. Ankkuroiva tapahtuma muodostaa episodisen perustan henkilön uskomusjärjestelmälle (Pillemer 2001: 128). Samankaltaisten tapahtumien vaikutus perustuu mieleen tuleviin menneisyyden analogisiin tilanteisiin, jotka toimivat oppaina nykyhetkessä (Pillemer 2001: 128). Gardner ym. (2005: 348-349) käyttävät termiä laukaiseva tapahtuma (*trigger event*) kuvaamaan tapahtumia, jotka ovat

käynnistäneet kasvun johtajana. Sekä myönteiset, esimerkiksi työskentely vieraassa kulttuurissa, että kielteiset tapahtumat, kuten kriisit, voivat toimia kehittymistä käynnistävinä ja edistävinä tapahtumina. Ensher, Nielson & Kading (2017: 111) kuvaavat myös näkemyksiin ja suhteisiin perustuvia kokemuksia ”työuran kehityskaarta merkittävästi muuttavina kohtina (*career-defining moments*)”. Henkilökohtainen reflektio johtaa sisäisen näkemyksellisyyden kasvuun ja suhteisiin perustuvat kokemukset ovat ulkopuolisen henkilön kuten esimiehen tai mentorin tuella tapahtuvia kehittymiskokemuksia.

Yuklia (2002) mukaillen *uratapahtumat* voi jakaa kolmeen pääryhmään: 1. *varsinaiset työuran tapahtumat* ja kokemukset työtehtävistä, jotka muodostavat perustan kokemuksista oppimiselle, 2. *kehittämisinterventiot*, jotka on suunniteltu edistämään kokemuksista oppimista ja 3. *organisaatiossa olevat edellytykset* kokemuksista oppimiselle. Organisaatiossa oleviin edellytyksiin voidaan sisällyttää esimerkiksi esimiehen tuki ja oppimista tukeva kulttuuri (Yukl 2002).

McCauley ym. (1994) kehittivät mittavälineen The Developmental Challenge Profile (DCP) kuvaamaan ja mittaamaan *työn kehittäviä komponentteja*. Työkokemusten kautta oppiminen kuvataan 15 komponentin avulla (McCauley ym. 1994: 545-546). Yip & Wilson (2010: 65) ryhmittelivät työssäoppimista edistävät kokemukset viiteen pääryhmään: haasteelliset tehtävät, kehittävät (vuorovaikutus)suhteet, epäsuotuisat tilanteet, koulutus sekä henkilökohtaiset kokemukset. Haasteelliset tehtävät voivat tarkoittaa johtamistehtävän vaativuuden tai laajuuden kasvua, muutoksen aikaansaamista, työkiertoa, sidosryhmien sitouttamista ilman muodollista auktoriteettiasemaa tai työskentelyä vieraissa kulttuureissa. Kehittäviä vuorovaikutussuhteita voivat olla kannustava esimies tai esimerkiksi roolimalli, hankalat työyhteisön jäsenet tai muut kuin työelämään liittyvät opastajat. Hankalia tilanteita voivat aiheuttaa kriisit, virheet, takaiskut uralla ja eettiset ongelmat. Koulutusaktiviteetit voivat olla oma-aloitteisia tai organisaation tukemia, henkilökohtaiset kokemukset voivat pohjautua esimerkiksi lapsuuteen tai keski-ään siirtymiin. Kaikista hyödyllisimmiksi kokemuksiksi tutkimuksissa osoittautuivat haasteelliset tehtävät, toiseksi eniten merkitystä koettiin olevan kehittäväillä vuorovaikutussuhteilla, vähiten mainintoja sai koulutus. (Yip & Wilson 2010.) Ulrich, Smallwood & Sweetman (2008: 165) mukaan (The Learning and Development Roundtable 2006) kolme tärkeintä tapahtumaa johtamisen kehittämisen kannalta ovat lähiesimiehen antama palaute ja coachaus, ura- ja työkierto sekä toiminnallinen oppiminen (*Action Learning*). Esimies voi toimia kokemusten reflektoinnin tukena, toiminnallisen oppimisen avulla työstetään tosielämän haasteita, mikä tukee sekä yksilötason kompetenssien että organisaaatiotason kyvykkyyksien kehittymistä. Yuklin (2002) jaottelun

mukaisesti esimiehen tuki muodostaa organisaatiossa olevan oppimisedellytyksen kun taas urakierto ja toiminnallinen oppiminen ovat kehittämisinterventioita. Haasteellisten tehtävien merkitys korostuu myös tarkasteltaessa ylimmän johdon tehtäviin etenemistä. Hyödyllisiä kokemuksia ovat eri toimintojen raja-aidat ylittävät kokemukset, vastuu merkittävistä projekteista, erityistilanteiden kuten yhdistymishankkeiden johtamiskokemus, vastuu ihmisten johtamisesta suurissa muutoksissa ja työskentely muissa kulttuureissa. Tärkeää on myös kunkin kokemuksen ajallinen kesto, jotta toiminnan tuloksellisuudesta ehtii kertyä näyttöä. (Hirsh 2004: 229-230.) Ajallinen kesto ei kuitenkaan sinällään edistä johtamiskompetenssien kehittymistä, oleellista on, että kokemus tai tehtävä sisältää runsaasti kehittäviä ulottuvuuksia (Dragoni ym. 2014: 740). Tällaiset tehtävät vahvistavat johtamiskompetensseja, koska ne altistavat uusille, monimutkaisille tilanteille, tarjoavat mahdollisuuden toimia erilaisissa rooleissa ja lisäävät motivaatiota oppia uutta. Samalla kuitenkin juuri johtamiskokemusten monimutkaisuus ja epäselvyys vaikeuttavat kokemuksista oppimista ja lisäävät tarvetta strukturoidulle reflektiolle. (Dragoni ym. 2014; DeRue ym. 2012.)

Yleisesti kokemuksista oppimiseen ja johtajana kehittymiseen vaikuttavat kokemusten haasteellisuus, tehtävien tai toimeksiantojen monipuolisuus, toiminnan tuki ja arvioinnista seuraava palaute ja sen laatu (McCauley, Kanaga & Lafferty 2010; Yukl 2002). Palautteen antoa voidaan tukea esimerkiksi 360-arvioinneilla, joissa palautetta kerätään useilta tahoilta (*"multisource feedback"*) (Yukl 2002: 380-381). Merkittävien ja haasteellisten tapahtumien yhteydessä saadulla vastaanottajan itseymmärrystä lisäävällä palautteella voi olla huomattava oppimista edistävä vaikutus (Deci & Ryan 2000; Hirsh 2004; De Rue & Wellman 2009; McCauley, Kanaga & Lafferty 2010). Palautteen saatavuutta voi tukea eri tasoilla: organisaatiotasolla voi edistää avointa palautekulttuuria, ryhmätasolla tukea voivat tarjota niin alaiset, kollegat kuin esimiehetkin sekä muodollisten että epämuodollisten kanavien avulla. Yksilötasolla erilaiset reflektiota ja tietoisuutta edistävät työkalut kuten oppimispäiväkirjat edistävät kokemuksista oppimista. (DeRue & Wellman 2009: 871.) Tutkimuskirjallisuudessa *palaute ja roolimallit* on voitu kytkeä yhteen (Ibarra 1999; Pratt, Rockmann & Kauffmann 2006). Esimerkiksi Pratt, Rockmann & Kauffmann (2006) mukaan sekä palautteella että roolimalleilla on paitsi työsuoritusta kehittävä myös johtajuusidentiteettiä rakentava vaikutus. Rakentaessaan identiteettiään ihmiset käyttävät sekä sisäistä että ulkoista palautetta; itsearvioinnissa keskeistä on tämän hetkisen väliaikaisen minän ja tavoitellun identiteetin yhteensopivuuden arviointi sekä autenttisuuden kokemukset (Ibarra 1999: 779). Todellisella roolimallina toimineella henkilöllä, erotuksena yleisestä johtamishanteesta, on myönteinen vaikutus johtamismotivaation kehittymiseen (Guillén, Mayo & Korotov 2015).



Olen tässä alaluvussa kuvannut väitöstutkimukseni kannalta keskeisiä teoreettisia viitekehyksiä ja käsitteitä kuten työuran tapahtumia ja kokemuksista oppimista sekä johtajuusidentiteetin rakentumista. Työuran tapahtumat voivat toimia merkittävänä johtajana kasvun lähteinä (esimerkiksi Viitanen ym. 2007), erityisesti jos kokemuksista oppimisen edellytyksiä tuetaan eri tavoin kuten palautteella, strukturoidulla reflektiolla ja esimiestyöllä (muun muassa Dragoni ym. 2014; McCauley, Kanaga & Lafferty 2010). Merkittävät kokemukset aiheuttavat identiteettityöstön tarvetta (Alvesson, Ashcraft & Thomas 2008). Johtajuusidentiteetin rakentumisen tukeminen on tärkeää johtajana kehittämisessä – ollakseen valmis kehittymään johtajana, on koettava itsensä johtajaksi (esimerkiksi Ashford & DeRue 2012).

Totean yhteenvetona, että tarkastelen johtajaksi kasvua kokemusoppimisen teorioiden pohjalta. Työuran tapahtumia tutkin nimenomaan kokemuksina. Johtamisroolin, -identiteetin ja -profession tarkastelun kytken sosiaali- ja terveysjohtamisen viitekehykseen. Terveysterveystenhuollon, erityisesti sairaaloiden, johtamisen haasteita tutkin sekä tuotantotalouden, esimerkiksi resurssointi, että sosiaali- ja terveysjohtamisen näkökulmista.

Tarkastelen seuraavassa alaluvussa 2.2 johtamista erityisesti terveydenhuollon kontekstissa kuvaamalla keskeisiä terveydenhuollon johtamisen erityispiirteitä.

## 2.2 Terveystenhuollon johtamisen erityispiirteet

Jaan tässä luvussa 2.2 tarkasteluni kolmeen alalukuun. Kuvaan aluksi alaluvussa 2.2.1 terveydenhuollon toimintakenttään vaikuttavia globaaleja muutostrendejä ja niiden näkymistä suomalaisessa terveydenhuollossa. Alaluvussa 2.2.2 kuvaan palvelutuotannon kehittämistä, erityisesti tuotantotalouden näkökulmasta, sisältäen myös eri sidosryhmien kuten potilaiden/asiakkaiden sekä terveydenhuolto-organisaatioiden henkilöstön sitouttamisen palveluiden kehittämiseen. Alaluvun 2.2.3 teemana ovat johtamisroolit rakenteiden, kulttuurien ja professioiden näkökulmista.

### 2.2.1 Terveystenhuollon globaalit muutostrendit ja suomalainen terveydenhuolto

Terveystenhuoltoon kohdistuu voimakkaita muutospaineita, jotka aiheutuvat erityisesti väestön ja työvoiman rakenteen muutoksista, taloudellisista haasteista sekä hoitomuotojen ja teknologioiden nopeasta kehittämisestä. Väestö ja työvoima ikääntyvät ja huoltosuhde huononee. Potilaiden sitouttaminen osaksi hoitoprosesseja lisääntyy. Osa väestöstä osallistuu aktiivisesti oman terveytensä

edistämiseen, osa tarvitsee jatkuvaa hoitoa moniin yhtäaikaisiin sairauksiin. Sekä teknologioiden että hoitomenetelmien kehittyminen luo paineita terveydenhuollon henkilöstön osaamiselle. Toimintaprosessien jatkuvan uudistamisen, laadun varmistamisen ja kustannustehokkuuden vaatimukset vaikuttavat johtamistyöhön. (Cosgrove ym. 2013; Fellows & Edwards 2016; Hujala & Lammintakanen 2018; Kinnula, Malmi & Vauramo 2015; von Knorring, Alexanderson & Eliasson 2016; Niiranen & Lammintakanen 2014.)

Niiranen & Lammintakanen (2014: 18) luokittelevat sosiaali- ja terveystalouden johtajien työhön vaikuttavat organisaation ulkopuoliset muutostekijät kolmeen ryhmään: 1. ulkoiset äkilliset ja vaikeasti ennakoitavat muutokset, 2. väestön ja työntekijöiden ikääntyminen sekä muuttoliike ja 3. julkisen hallinnon reformit ja uudistukset toimintatapoihin. Nopeat paikalliset elinkeinoelämän rakennemuutokset ovat esimerkkejä ulkoisista vaikeasti ennakoitavista muutoksista. Terveystalouden henkilöstön ikääntyminen vaikuttaa johtamistyöhön sekä muita aloja suuremman poistuman että eri sukupolvia edustavien työntekijöiden johtamishaasteiden kautta. Sukupolvien välillä on eroja esimerkiksi tietoyhteiskuntaosaamisessa ja työhön liittyvissä odotuksissa. (Niiranen & Lammintakanen 2014.)

Tämän väitöstutkimusprosessin aikana keskeinen julkisen hallinnon reformi on ollut Sipilän hallituksen esittämä sote-uudistus. Sen tavoitteena oli parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta, vähentää hyvinvointi- ja terveyseroja sekä hillitä kustannuksia. Uudistuksella tavoiteltiin terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamista sekä valinnanvapauden ja digitaalisten palveluiden käytön lisäämistä. Palveluiden järjestämisvastuun oli tarkoitus siirtyä lähes 190 eri vastuuviranomaiselta 18 maakunnalle. Maaliskuussa 2019 sote-uudistuksen valmistelu tällaisenaan lopetettiin. (<http://alueuudistus.fi/>)

Käsittelen seuraavaksi väestön ikääntymisen ja alan uudistustarpeiden vaikutuksia johtamiseen. *Väestön vanheneminen* ja huoltosuhteen huononeminen ovat yhteisiä ilmiöitä koko EU:n alueelle (Kinnula, Malmi & Vauramo 2015: 94). Väestön ikärakenne EU:n alueella kehitty siten, että vuonna 2035 yli 65-vuotiaiden osuuden ennustetaan olevan 25 % kun vastaava luku vuonna 2015 oli 19 % (Fellows & Edwards 2016: 22). Suomessa ikääntyminen on hetkellisesti EU-maiden nopeinta vuosina 2020–2030 (Kinnula, Malmi & Vauramo 2015: 87). Väestön ikääntyminen voi esimerkiksi lisätä pitkäaikaishoidon tarvetta ja luoda painetta perheenjäsenille ja muille kuin terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluville iäkkäiden hoitamisesta. Tarpeet riippuvat siitä, miten ikääntyminen tapahtuu – sisältyykö korkeaan elinajanodotteeseen lyhentynyt elämän loppuvaiheen sairaalloisuuden jakso vai pitenevätkö elinajat tuoden mukanaan useampia sairaita elinvuosia, vai löytyykö



edellämainittujen välille tasapaino. (Fellows & Edwards 2016: 23.) Kolmannen sektorin rooli kasvaa kun verotuksella rahoitetut palvelut vähentyvät. Sosiaali- ja terveyspalvelut verkottuvat horisontaalisesti ja arkipäiväistyvät. (Kinnula, Malmi & Vauramo 2015: 94-95.) Väestön ja työntekijöiden ikääntyminen koskee myös kolmatta sektoria.

Terveyspalveluiden kysyntään vaikuttava keskeinen käsite on terveyden lukutaito (*health literacy*), joka viittaa ihmisten kykyyn hankkia, ymmärtää, arvioida ja soveltaa terveyteen liittyvää tietoa omiin tilanteisiinsa. Terveyden lukutaidolla on vaikutusta terveysriskien ymmärtämiseen, terveyskäyttäytymiseen ja terveyspalveluiden hakemiseen ja siihen vaikuttavat esimerkiksi koulutustaso, ikä sekä tulotaso. (Fellows & Edwards 2016: 29.)

EU-tasolla väestön ikääntyminen, kasvava elinajanodote sekä *lisääntyvä potilaiden valtuuttaminen* kuuluvat keskeisiin terveydenhuollon muutosajureihin (Fellows & Edwards 2016: 39). Potilaiden valtuuttamisen ja sitouttamisen on todettu vaikuttavan hoitotuloksia ja –kokemuksia parantavasti ja kustannuksia alentavasti (Cosgrove ym. 2013). Potilailla voi olla aktiivinen rooli oman terveytensä edistäjinä ja seuraajina, osana hoitotiimiä (Cosgrove ym. 2013; Pöyry-Lassila 2017). Potilaat voivat koulutuksen ja teknologian avulla huolehtia terveysseurannasta kotonaan, mikä helpottaa potilaan elämää ja säästää matka- ja sairaanhoitokustannuksissa (Cosgrove ym. 2013). Dialogi asiakas-hoitajasuhteessa on myös merkittävä näyttöön perustuvan hoitotyön edellytys. Asiakkaiden osallistumisella hoitotyöhön haetaan sellaista tietoa, josta esimerkiksi hoitotyöntekijät ja johtajat eivät ole tietoisia ja jota voidaan käyttää toiminnan kehittämiseen. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011.) Näyttöön perustuva toiminta, hoitotyö ja johtaminen ovat Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) mukaan ”parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon käyttöä asiakkaan ja potilaan hoidossa ja terveyden edistämisessä sekä hänen läheistensä huomioimisessa” (Holopainen ym. 2014: 19; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011: 11).

Itse hoitoprosessiin osallistumisen lisäksi potilas voi *valinnanvapauden* myötä, saatavilla olevia hoitopaikkatietoja käyttämällä päättää, mihin hän hakeutuu ja kenen potilaaksi, lisäksi hän voi osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon (esimerkiksi Lillrank ym. 2016). Valinnanvapaudella tarkoitetaan asiakkaan oikeutta valita mistä hän hakee sosiaali- ja terveyspalveluja, asiakasmaksujen ollessa samat kaikilla palveluntarjoajilla (<http://alueuudistus.fi/>). Potilaan ja lääkärin välinen informaation asymmetria vaikuttaa erityisesti erikoissairaanhoidossa haasteellisesti sekä potilaan valinnanvapauteen että palveluiden osallistavaan kehittämiseen (Lillrank ym. 2016; Silander ym. 2017). Kansalaisten tekemiä arviointeja tarkasteltaessa on muistettava, että arviointi kohdistuu koettuun palveluun, eikä tehtyjä klinisiä toimenpiteitä juurikaan kyetä

arvioimaan (Vuori 2008: 202). Palvelun tarjoajan näkökulmasta valinnanvapauden keskeinen haaste on, etteivät kansalaisten haluamat palvelut ole aina niitä, joita he tarvitsevat ja haluamiseen reagointi lisäisi kulutusta ja kustannuksia (Lillrank ym. 2016: 56; Vuori 2008: 194-195).

Informaatioasymmetrian takia julkisrahoitteisissa palveluissa on tarpeen olla vahva järjestäjätaho, joka toimii portinvartijana ja määrittelee parhaan järjestämistavan niissä palveluissa, joissa valinnanvapaus ei toimi. (Lillrank ym. 2016: 27-28.) Tärkeää on myös potilaiden/asiakkaiden palveluohjaus, jossa palveluohjaaja tai asiakasvastaava auttaa esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluiden koordinoinnissa (Hujala & Lammintakanen 2018: 42).

Tarkastelen seuraavassa alaluvussa terveydenhuoltopalveluiden tuotantoa ja palvelutuotannon kehittämistä.

## 2.2.2 Palvelutuotannon kehittäminen tuotantotalouden näkökulmasta

Terveydenhuollon organisaatioiden haasteena on ikääntyvän väestön terveydestä huolehtiminen asiakaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005; Silander ym. 2017). Tarkastelen tässä alaluvussa erilaisia organisaatioiden käytettävissä olevia keinoja lisätä *palvelutuotannon tehokkuutta ja asiakaskeskeisyyttä* tuotantotalouden näkökulmasta. Käsittelen ensin alaluvussa 2.2.2.1 organisaatioiden strategiavalintojen kuten tuotanto- ja kehittämisstrategioiden merkitystä, minkä jälkeen alaluvussa 2.2.2.2 tarkastelen asiakkaiden/potilaiden ja terveydenhuolto-organisaatioiden henkilöstön sitouttamista palveluiden kehittämiseen.

### 2.2.2.1 Strategiavalinnat: tuotanto ja kehittäminen

*“The first principle in structuring any organization or business is to organize around the customer and the need. In health care, that requires a shift from today’s siloed organization by specialty department and discrete service to organizing around the patient’s medical condition.” (Porter & Lee 2013: 53.)*

Terveydenhuollossa ylimpänä strategisena tavoitteena voidaan pitää potilaille tuotetun lisäarvon kasvattamista. Arvo määritellään saavutettujen potilaille merkityksellisten terveysvaikutusten suhteena vaikutusten saavuttamisen aiheuttamiin kustannuksiin. Arvon parantaminen edellyttää joko toiminnan lopputulosten parantamista kustannuksia kasvattamatta tai kustannusten alentamista tuotoksia vaarantamatta tai molempia. (Kaplan & Porter 2011: 49; Porter & Lee 2013: 52.) Terveydenhuollon palvelutuottajien kannalta keskeiset

strategiavalinnat koskevat toiminnan painopistettä ja laajuutta (Porter & Lee 2013).

Terveydenhuollon toimintastrategiat voivat perustua erilaisiin tapoihin säädellä valikoimaa ja vaihtelua (Peltokorpi ym. 2016: 182-186). *Populaatiopohjaisessa* strategiassa valikoimaa kavennetaan sosiodemografisten kriteereiden avulla, jolloin palveluita tarjotaan vain tietyille väestönosille kuten naiset, iäkkäät tai työterveyspalvelut. Asiakkaiden kontekstin tuntemus on tässä strategiassa oleellista ja asiakkaalta odotetaan sitoutumista hoitosuhteeseen. Potilaan tehokkaan siirron järjestäminen perustasolta erikoistasolle on tärkeää. Toiminnan painopiste voi määräytyä myös *kiireellisyyden tai vakavuuden* mukaan, jolloin tarjottavaa valikoimaa rajoitetaan saapumiskriteereillä, esimerkkinä ensiapupoliklinikat. Tämän strategian kannalta keskeisiä toiminnan mittareita ovat lyhyet odotusajat ja korkea kapasiteetin hyödyntämisaste. Sekä kysyntää että tarvittavaa valikoimaa kaventamalla voidaan keskittyä rajattuun *sairauksien ja oireiden* määrään, esimerkkinä keskittyminen silmänsairauksiin tai infektioitauteihin. Modulaarisia palvelupaketteja on tällöin osin mahdollista käyttää. Tarjottavaa valikoimaa voidaan vähentää myös siten että keskitytään *tiettyihin toimenpiteisiin* tai hoitoprotokolliin kuten tekonivelleikkauksiin. Tässä strategiassa keskeistä on standardoinnin avulla saavutettava kustannustehokkuus. Volyymillä on merkitystä – sekä hoitotulokset että kustannustehokkuus ovat paremmalla tasolla niillä palvelutuottajilla, joilla on merkittävää kertynyttä kokemusta tiettyjen sairauksien hoidosta (Porter & Lee 2013: 64). Viides toimintastrategian muoto on keskittyminen hoidon selkeästi tiedossa olevaan *lopputulokseen*, esimerkkinä kuntoutuskeskukset.

Lillrank ym. (2016: 89) määrittelevät terveydenhuollossa integraatiota tarvitseväksi ”tuotteeksi” potilaan hoidon. ”Tuotesuunnittelu” kattaa diagnoosin ja hoitosuunnitelman, joiden tuottaminen on palvelumuotoilua. ”Tuotanto” määritellään potilaan hoitosuunnitelman koordinoituksi toteutukseksi. Koordinoinnin ja integroinnin mahdollistamisessa korostuvat valitun toimintastrategian (Peltokorpi ym. 2016) perusteella hieman eri asiat, kuitenkin niin, että potilaan hoitoon ohjaamiseen liittyvät kysymykset nousevat yhteisesti esille. Mahdollisia ratkaisuja koordinoitutarpeisiin ovat muun muassa integroidut potilastietojärjestelmät, riippumattomat portinvartijat ja palveluohjaajat sekä harvinaisten sairauksien osalta alueellinen tai valtakunnallinen koordinointi, toimintamallina täyden palvelun sairaalat kuten yliopistosairaalat (Hujala & Lammintakanen 2018; 42; Peltokorpi ym. 2016: 188; Porter & Lee 2013: 68). Silander ym. (2017: 794-796) toteavat erikoissairaanhoidon palveluntarjoajien olevan velvoitettuja hoitamaan kaikkia hoitoa tarvitsevia, mikä lisää erityisesti yliopistosairaaloissa tarvetta laajentaa palveluvalikoimaa.

Yleisesti organisaation strategiaan perustuvassa tuotantostrategiassa määritellään kilpailuetutavoitteet, tuotantotavoitteet sekä niiden toteuttamiseen tarvittavat toimintasuunnitelmat (Takala ym. 2007: 329). Kilpailutekijöiden määrittelyvaiheessa kuvataan kustannuksiin, laatuun, joustavuuteen ja toimitukseen liittyviä tekijöitä. Tuotantotavoitteiden pohjalta laaditaan toimintasuunnitelma. Esimerkkinä kokonaisvaltaisesta tuotantostrategiasta on RAL –malli, jossa R (*responsiveness*) viittaa siihen kuinka nopeasti järjestelmä vastaa odottamattomiin vaatimuksiin, A (*agility*) kuvaa nopeutta, jolla järjestelmä mukautuu optimaaliseen kustannusrakenteeseen ja L (*leanness*) tarkoittaa hävikin minimointia kaikkien resurssien ja toimintojen osalta (Takala ym. 2007: 329).

Terveydenhuollon korkeiden kustannusten karsimiseksi on tarpeen ymmärtää ja seurata potilashoidon kustannusten muodostumista nimenomaan yksittäisen potilaan tasolla (Kaplan & Porter 2011: 49). Esimerkiksi paljon palveluja käyttävien potilaiden osalta kustannusvaikuttavuutta on pystyttävä seuraamaan monialaista yhteistyötä mittaamalla. Mittareiden pitäisi tukea kokonaisvaikuttavuutta, johdon yhteistyötä yli rajojen sekä osaoptimoinnin estämistä. (Hujala & Lammintakanen 2018: 46-49.)

Organisaation *sisäisiä kehittämisprojekteja* voivat olla Lean –oppien soveltaminen terveydenhuoltoon (esim. Eriksson ym. 2016; Hihnala ym. 2018; Mäkijärvi 2013; Radnor ym. 2012), erilaisten laatusertifikaattien tai esimerkiksi magneettisairaalan konseptin mukaiset hankkeet. Magneettisairaalaohjelma (*Magnet Recognition Program*) perustettiin 1990-luvulla Yhdysvalloissa tavoitteena antaa tunnustusta laadultaan erinomaisille hoitotyön palveluille sairaaloissa (Tai & Bame 2017: 64).

Lukuisissa terveydenhuollon organisaatioissa on sovellettu jatkuvan kehittämisen *Lean –menetelmää*. Terveydenhuollon Lean –projekteja koskevan tutkimuksen valossa on kuitenkin nähtävissä nimenomaan julkista terveydenhuoltoa koskevia haasteita (Eriksson ym. 2016; Fournier & Jobin 2018; Radnor ym. 2012). Terveydenhuollon organisaatioissa olisi tarpeen soveltaa holistista, koko toimintajärjestelmää koskevaa lähestymistapaa Lean –muutosprosessia toteutettaessa (Eriksson ym. 2016; Radnor ym. 2012). Terveydenhuollon julkisen sääntelyn, rahoituksen ja palvelutuotannon rakenteet voivat estää kokonaisvaltaisen lähestymistavan omaksumista. Lisäksi Lean –menetelmä nähdään usein vain hukan minimoimista palvelevana työkaluna. Erityisesti verrattuna yksityiseen sektoriin, asiakkaan määrittelyn vaikeus rajoittaa Lean –menetelmän käyttöä. Terveydenhuolto on myös kapasiteettivetoista ja budjettirahoitteista toimintaa, mikä vaikeuttaa kysyntään vaikuttamista ja vapautuvan kapasiteetin joustavaa käyttöönottoa. (Radnor ym. 2012: 370.)

Julkisten organisaatioiden suhdetta innovaatioihin hankaloittaa monien sidosryhmien kuulemistarve (Fournier & Jobin 2018: 329). Suomalaisessa erikoissairaanhoidon kontekstissa toteutetussa tutkimuksessa (Hihnala ym. 2018: 28) keskijohtoon kuuluvat kertoivat kokemuksinaan Lean –menetelmästä, että se paransi viestintää ja keskustelukulttuuria, lisäsi toiminnan tehokkuutta ja toi uusia työkaluja. Mäkitjärven (2013: 90) HUSissa toteuttaman tutkimuksen mukaan Lean – menetelmän katsottiin soveltuvan hyvin ”laadunhallintaan, resurssien allokointiin, tuottavuuden lisäämiseen, tuotannon ohjaukseen ja potilasturvallisuuden parantamiseen”.

Kuvaan seuraavaksi palvelutuotannon toteuttamismahdollisuuksia terveydenhuollon *organisaatioiden välisenä yhteistyönä*. Tilaajan ja tuottajan eriyttäminen lisää markkinaehtoisuutta ja toiminnan tehokkuutta. *Tilaaja-tuottaja-mallit* auttavat sekä tilaajaa että tuottajaa keskittymään rooliensa mukaiseen osaamiseen ja sen kehittämiseen asiakastarpeiden pohjalta. (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006: 11; Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005: 136-137.) Mallit tehostavat tilaajan toimintaa ostajana ja antavat tuotanto-organisaatiolle vapauden kehittää palvelutuotantoa tuotantotalouden periaatteisiin pohjautuen. Koska mallit perustuvat tilaussopimuksiin, ne soveltuvat hyvin ennustettavaan toimintaan. (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005.)

Tilaaja-tuottaja-mallien keskeisiä toimijoita ovat toimeksiantajat, palveluiden tilaajat, palveluiden tuottajat ja palveluiden loppukäyttäjät sekä toiminnan säätelijät kuten valtio (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006). Tilaaja-tuottaja-malleissa potentiaalisia arvoajureita ovat mahdollisuus kehittää taloudellista läpinäkyvyyttä (toimeksiantajan ja tilaajan välinen toimeksianto), mahdollisuus kehittää ohjattavuutta (tilaajan ja tuottajan väliset sopimukset), tuotannon autonomian lisääminen (tuottajien irrottaminen tilaajista ja toimeksiantajista) sekä tehokkuuden kehittäminen ja realistinen hinnanmuodostus (markkinakilpailu) (emt: 20). Sote-uudistuksen keskeisenä periaatteena on ollut järjestämisen ja tuottamisen erottaminen siten, että järjestäminen on aina julkisen sektorin tehtävä. Palveluiden tuottajat ovat erilaisia organisaatioita kuten terveyskeskukset, poliklinikat, sairaalat ja näiden muodostamat verkostot ja ne voivat olla voittoa tavoittelevia yrityksiä tai voittoa tavoittelemattomia julkisia organisaatioita, säätiöitä tai aatteellisia yhdistyksiä. (Lillrank ym. 2016: 17.)

Julkisen ja yksityisen tahon kumppanuuksien, nk. *Public Private Partnership (PPP) –hankkeiden* tuotantotaloudellisina tavoitteina on alun perin ollut suurten kokonaisuuksien toteuttaminen yhteisvoimin silloin kun sekä yksityisillä että julkisilla toimijoilla on yksinään riittämättömät resurssit (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005: 144-145). Roehrich, Lewis & George (2014) kokoaman kirjallisuuskatsauksen mukaan PPP:t voivat yhdistää yksityisten ja julkisten

toimijoiden parhaat puolet. Korkealaatuisia terveydenhuollon palveluita on saatavissa kun yhdistetään yksityisen sektorin innovaatio- ja teknologiaosaaminen, johtamistehokkuus ja yrittäjähenkisyys julkisen sektorin sosiaalisen vastuunoton ja oikeudenmukaisuuden periaatteisiin, julkiseen luotettavuuteen ja paikallistuntemukseen. PPP:t mahdollistavat työpaikkojen luonnin, koulutuksen ja kehittämisen, innovaatioiden kannusteet ja terveydenhuollon infrastruktuurin kehittämisen.

*Alueellisessa yhteistyössä ja palveluverkostoissa* työnjaon keskeisenä tavoitteena on eri organisaatioiden erikoistuminen erilaisten palveluiden tuottamiseen, jolloin päällekkäiset palvelutoiminnot poistuvat. Yleisenä alue- ja verkostojärjestelyn periaatteena on, että mitä harvinaisempi toiminta, sitä suuremmalle väestöpohjalle palvelut pitäisi suunnitella (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005: 148-149). Tuotantotaloudellisesti merkittävää olisikin pystyä mittaamaan saatavuutta. Terveyspalveluiden saatavuutta laskettaessa aika, valikoima ja hinta ovat tärkeimmät tekijät. (Emt: 150-151.)

Organisaatioiden väliseen yhteistyöhön sisältyy keskinäisen oppimisen mahdollisuus. Johtamisen keinoin oppimista voi tukea esimerkiksi varmistamalla tarvittava operatiivinen osaaminen ja kehittämällä innovatiivisuutta edistäviä kannustinjärjestelmiä. (Roehrich, Lewis & George 2014: 117.)

#### 2.2.2.2 Potilaiden ja henkilöstön osallistuminen palveluiden kehittämiseen

Toisin kuin hyödykkeiden tuotannossa, palveluiden ajatellaan olevan palvelun tarjoajan ja vastaanottajan yhteistyönä tuottamia. Käsittelen tässä alaluvussa ensin potilaiden/asiakkaiden sitouttamista palveluiden kehittämiseen ja palveluinnovaatioiden tuottamiseen, minkä jälkeen pohdin terveydenhuollon organisaatioiden henkilöstön osallistamista innovointiin ja kehittämiseen.

*”Olennaista on, että yksilön mahdollisuudet vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa, siihen miten hänen inhimilliset tarpeensa tyydytetään, lisääntyvät. Siis ei ainoastaan siihen, mitkä hänen tarpeistaan tyydytetään, vaan myös siihen, millä tavoin ne tyydytetään. Samalla yksilön vastuu terveistä elintavoista ja omasta terveydestä kasvaa merkittävästi.”* (Aaltonen & Vauramo 2016: 12.)

’One-size-fits-all’ –tyyppiset palvelut eivät toimi modernissa yhteiskunnassa vaan kansalaiset on entistä enemmän kytkettävä mukaan palveluiden suunnitteluun (Vaajakallio & Mattelmäki 2015: 70-71). Asiakas- ja kansalaislähtöisyys sekä alustatalouden logiikan ja digitalisaation hyödyntäminen ovat merkittävässä asemassa sote-palveluiden kehittämisessä (Sarlio-Siintola 2017; Pöyry-Lassila



2017). Sote-palveluiden yhteiskehittäminen on kasvava suuntaus, vaikka kyseessä onkin erittäin herkkä alue, jossa eri näkökulmia on punnittava huolellisesti. Palveluiden yhteiskehittämisen lisäksi nousee esiin myös yhteistuottaminen. (Pöyry-Lassila 2017.) Länsi-Suomen Kaste-alueen ”Palvelumuotoilulla parempia palveluja riskiryhmille (PPPR)” -tutkimuksen perusteella sote-palveluiden asiakaslähtöistä kehittämistä voi edistää muun muassa hyödyntämällä palvelumuotoilun menetelmiä, osallistamalla verkostomaisesti eri toimijoita esimerkiksi erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta sekä hyödyntämällä kehittäjäasiakkaiden kokemuksia monipuolisesti ja riittävässä määrin (Häyhtiö 2017: 64-65). Palvelumuotoilu tuo muotoilun toimintatavat palveluiden kehittämiseen ja yhdistää ne perinteisiin palvelun kehityksen menetelmiin. Palvelumuotoilu on tapa yhdistää olemassa olleita asioita uudella tavalla. (Tuulaniemi 2015: 103.)

Asiakkaat tai potilaat voivat olla terveydenhuollon kehittämistoiminnassa hyvin erilaisissa rooleissa. Osallistuminen voi perustua tutkimusmenetelmiä käyttäen esimerkiksi testaukseen ja asiakaspalautteen keräämiseen. Terveysdenhuollon organisaatiot voivat myös suoraan osallistaa käyttäjiä palveluiden kehittämistoimintaan, joka tapahtuu yhteiskehittelynä käyttäjien ja asiantuntijoiden kesken. (Kuusisto & Kuusisto 2015: 176-179; Sarlio-Siintola 2017: 9.) Kälviäinen (2014: 41) jakaa käyttäjäorientoituneet muotoilumenetelmät käyttäjän kokemusmaailman ymmärtämisen avulla tapahtuvaan kehittämiseen ja ratkaisuehdotusten kokeiluun ja testaamiseen. Entistä enemmän tulisi ymmärtää asiakkaiden elämää kokonaisuutena, esimerkiksi asiakkaiden arjen haasteita, rytmiä ja rutiineja, erilaisia rooleja sekä tunteita (Seppänen ym. 2017: 4-5). Innovaation diffuusiassa organisaatiot hyödyntävät käyttäjien omiin tarpeisiinsa kehittämiä innovaatioita ja kaupallistavat niitä. Käyttäjien itsenäisesti tai käyttäjäyhteisöissä tuottamat uudet ratkaisut syntyvät tarpeesta löytää jotakin, jota ei vielä ole saatavilla markkinoilla. Julkiset organisaatiot voivat tukea ja kannustaa käyttäjien innovaatiotyöskentelyä avaamalla julkista tietoa kuten tilastoja yleisölle, avaamalla innovaatioalustoja sekä tukemalla käyttäjien verkkoyhteisöjä. (Kuusisto & Kuusisto 2015.)

Niin kuin aiemmin alaluvussa 2.2.1 olen todennut, erityisesti erikoissairaanhoidossa informaation asymmetria tuo haasteita potilaita osallistavaan palveluiden kehittämiseen (Silander ym. 2017: 795). Vaikka sote-palveluiden sisällöllinen kehittäminen vaatii ammatillista erityisosaamista, voivat myös palveluiden käyttäjät, potilaat ja omaiset, kuitenkin olla merkittävässä roolissa palvelukokonaisuuden kehittämisessä ja tuottamisessa.

Palveluiden yhteissuunnittelun suurimmat esteet julkisella sektorilla muodostuvat muutoksen ja riskien ottamisen peloista (Tuulaniemi 2015: 109).

Julkisten palveluiden kehittämisessä *työntekijöiden kehittämisrooli* on jäänyt vähäiseksi ja kehittäminen on pitkälti perustunut massatuotannon logiikkaan ja funktionaaliseen työnjakoon. Arjen tilanteet ovat kompleksisia, mikä vaikeuttaa kehittämistoimenpiteiden vaikutusten näkemistä. Päätöksiä voidaan myös tehdä liian yksinkertaistettujen käsitysmallien perusteella ja usein vahvojen ennakkokäsitysten ohjaamina. Lisäksi ryhmän jäsenet vahvistavat toistensa nykyisiä käsityksiä, jolloin poikkeavat näkökulmat jäävät käsittelemättä. (Jantunen, Kurki & Tuomivaara 2015: 167.) Silander ym. (2017: 794-796) kuvaavat erikoissairaanhoidon palveluihin liittyviä erityispiirteitä. Palvelutuotanto on siiloutunut erikoisalojen mukaan, minkä lisäksi professionaalinen autonomia ja eri henkilöstöryhmien välinen hierarkia vaikuttavat palvelutuotannon kehittämiseen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL:n Osuva-tutkimuksen (Osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtamista edistävät tekijät) (2015) tulosten perusteella jaettu asiakasymmärrys on lähtökohta toiminnan kehittämiseksi. Työn tekemisen tulee olla sujuvaa ja työ pitää organisoida mielekkäästi, lisäksi työntekijöillä on oltava riittävästi vaikutusmahdollisuuksia työhönsä. Avoimella organisaatiokulttuurilla on tärkeä merkitys, esimerkiksi ideoita ja mielipiteitä on mahdollista esittää ilman että ne koetaan syytöksiksi. Esimiehellä on aktiivinen rooli sen varmistamisessa, että organisaatiossa on käynnissä jatkuva sensemaking-prosessi (merkityksen muodostamisprosessi). Oikeudenmukainen johtaminen lisää luottamusta ja luottamus on edellytys työyhteisön innovatiivisuudelle. Lisäksi innovoinnin pitäisi olla osa päivittäisiä prosesseja ja organisaatiossa olisi tärkeää olla käytössä erilaisia jakavia työkäytänteitä ja yhteiskehittämisen tapoja. (Heikkilä ym. 2015: 260-268.) Kehittämistä tukevan kulttuurin luominen on esimiehen vastuulla, johtajan on myös tunnistettava organisaatiossa jo olevat asiantuntijaresurssit, niiden lisätarve ja osaamisen kehittäminen (Holopainen ym. 2014: 59; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011: 91). Muutosvastarintaa esiintyy terveydenhuollossa niin kuin muillakin aloilla. Alan erityispiirteenä nähdään hyvin professionaalinen, ammattikeskeinen rakenne sekä se, että palvelujärjestelmä ja työntekijät ovat kuormitettuja (Hämäläinen, Jäppinen & Kivisaari 2011: 222). Muutosvastarinta pakottaa miettimään muutoksen mielekkyyttä ja mahdollisia vaihtoehtoisia ratkaisuja. Muutosta voidaan tukea edistämällä motivaatiota esimerkiksi koulutuksen, palautteen ja kannustuksen avulla. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011: 105-106.)

Stenros (2014: 59) korostaa resilienssin, kyvyn nousta jaloilleen vastoinkäymisten jälkeen, tärkeyttä sekä organisaatioille että johtajille. Toiminnan joustavan kestävyvyyden tai resilienssin vahvistamiseksi tarvitaan kykyä ajatella kriittisesti, 'alkuperäisesti', suunnittelustrategisesti ja joukkueena. Ongelma pitää tunnistaa, idean synnyttämisessä tarvitaan luovuutta ja mielikuvitusta, idea pitää kehittää



innovaatioksi ja työstää strategisesti ja lopulta innovaatio pitää viedä käytäntöön yhteistyössä. Innovaatioiden ja parhaiden käytäntöjen leviämisen on todettu olevan hidasta ja haasteellista sosiaali- ja terveysalalla (Agrawal, Chen & Tanio 2015; Hämäläinen, Jäppinen & Kivisaari 2011). Tietyn erikoisalan sisällä sovellettavat teknologiset ja lääketieteelliset innovaatiot leviävät usein nopeasti, koska mielipidejohtajat ja tieteellinen julkaisutoiminta vauhdittavat leviämistä. Organisatoriset ja systeemiset innovaatiot, jotka edellyttävät ammattikuntien tai organisaatioiden välisten rajojen rikkomista ja muutoksia, leviävät kuitenkin yleensä hitaasti. (Hämäläinen, Jäppinen & Kivisaari 2011.) Vallitseva järjestelmä pyrkii voimakkaasti pysyvyyteen, johon myötävaikuttavat esimerkiksi alan toimijoiden väliset sopimukset, infrastruktuuri sekä palveluiden käyttötottumukset. Public-private partnershipit voivat toimintatapana edistää innovaatioiden syntymistä. (Agrawal, Chen & Tanio 2015; Roehrich, Lewis & George 2014.)

Organisaatioiden rakenteellisilla muutoksilla on vaikutusta työyhteisön innovatiivisuuteen ja jatkuvassa muutoksessa eläminen ”valuttaa pois innovatiivisuutta” (Heikkilä ym. 2015: 264). Muutokseen sitouttaminen edellyttää johtajalta tasapainoilua. Esimiehen on yhtäältä kyettävä nostamaan työntekijöiden huomio esimerkiksi näyttöön perustuvaa hoitotyötä kehitettäessä yksittäisistä työtehtävistä laajempiin kokonaisuuksiin (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011: 89) ja toisaalta varottava turhaa muutospuhetta, joka estää keskittymisen perustyöhön ja sen kehittämiseen (Heikkilä ym. 2015: 264).

*Johdon*, erityisesti lääkärijohdon, *sitoutumista* ja motivoitumista toiminnan kehittämiseen laajemmin kuin vain kliinisen johtamisen osalta (*medical engagement*) pidetään menestyksellisen kehittämisen ja uudistamisen avaintekijänä (esimerkiksi Giri, Aylott & Kilner 2017; Spurgeon ym. 2015). Kehittämistoimintaa tulee johtaa sekä strategisesti että osana työn tekemistä (Lammintakanen ym. 2016: 33). Tarkastelen seuraavaksi sairaalaorganisaatioiden johtamisrooleja.

### 2.2.3 Johtamisroolit sairaalaorganisaatiossa

Terveydenhuollon muutosten myötä myös johtamispositiot ovat muuttuneet. Niitä on useissa maissa vahvistettu poliittisilla uudistuksilla, jotka ovat johtaneet erityisesti lääkäreiden työn aiempaa tiukempaan valvontaan, minkä lisäksi liiketoimintalogiikat ovat tuoneet uusia vaatimuksia johtamiseen (von Knorring, Alexanderson & Eliasson 2016: 422; Styhre, Roth & Roth 2016: 326). Tarkastelen tässä luvussa sairaaloiden johtamisrooleja suhteessa organisaatorakenteisiin ja –kulttuuriin, alaluku 2.2.3.1 sekä professioihin, alaluku 2.2.3.2. Keskityn tarkastelussani johtamisrooliin erotuksena johtamispositiosta – johtamisasema ei

sinällään kuvaa sitä miten johtajat toteuttavat ja rakentavat johtamisrooliaan tietyssä kontekstissa (von Knorring, Alexanderson & Eliasson 2016: 425).

### 2.2.3.1 Johtamisroolit/rakenteet ja kulttuuri

Kinnunen (2011: 177-179) kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tehtävän työn erityispiirteitä. Työ sinällään aiheuttaa kuoleman ja kärsimyksen läsnäolon takia primaariahdistusta, minkä lisäksi suuret riskit kuten mahdolliset hoitovirheet aiheuttavat ahdistuneisuutta. Pelkojen ja ahdistusten käsittely tapahtuu ryhmäkulttuuristen coping-mekanismien avulla. Selviytymiskeinoihin kuuluvat esimerkiksi asiakkaan depersonalisointi, kaksoisvarmistus riskien vähentämiseksi, seniori-juniorijärjestelmän rakentaminen, muodollisen auktoriteetin korostus noudattamalla normaalioloissakin selkeää käskylinjaa sekä kaiken muutoksen välttämisperiaate; tehdään asiat virheettömästi toimivaksi todetulla tavalla.

Julkiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle on tunnusomaista poliittisen ja viranhaltijajohdon rinnakkainen toiminta, johtamisjärjestelmien monimuotoisuus sekä vahva lainsäädännöllinen ohjaus (Lammintakanen 2014: 98; Lammintakanen ym. 2016: 6; Virtanen 2010: 22-23). Sairaalat ovat organisaatorakenteeltaan ja ammattilaisten roolijaoltaan monimutkaisia ja hierarkkisia asiantuntijaorganisaatioita, jotka koostuvat useista alakulttuureista (esimerkiksi Isoherranen 2012; Viitanen ym. 2007; Virtanen 2010). Sairaalaorganisaatioita kuvaa hyvin pitkälti byrokratia. Esimerkkeinä byrokratian piirteistä Peltonen (2010: 39-40) mainitsee muun muassa, että ”säännöt ovat koodinomaisia” ja ”kuhunkin toimeen vaadittava osaaminen voidaan ilmaista selkeinä ulkoisina pätevyysvaatimuksina”. Terveystenhuoltoon on kuitenkin monissa maissa uudistusten myötä omaksuttu yksityisen sektorin johtamismalleja ja organisoitu sairaaloiden rakenteita prosessipohjaisesti – nämä trendit ovat vähentäneet byrokraattisten käytänteiden tuntemisen merkitystä (Pihlainen, Kivinen & Lammintakanen 2016: 104).

Byrokraattisen ja hierarkkisen organisaatiomuodon vastakohtana voidaan nähdä hyvin hajautettu organisaatio. Hajautetun organisaation etuina pidetään laajempaa ja jaetumpaa päätöksentekoa osallistamalla ja sitouttamalla työntekijöitä. Hajauttamisella voi kuitenkin terveydenhuollon organisaatioissa olla suunnittelemattomia haittavaikutuksia. Hyvin hajautettu organisaatiomalli voi johtaa siihen, että johtamisrooli koetaan liian työläänä runsaiden neuvottelu- ja koordinointivaatimusten takia. (Mascia, Dello Russo & Morandi 2015.) Jos roolien sisällöistä ei ole selkeää yhteisymmärrystä ja esimerkiksi johtamisroolit jäävät epäselviksi, seurauksena voi olla henkilöstöryhmien ylikuormittumista ja puutteita työn laadussa (Isoherranen 2012; von Knorring, Alexanderson &

Eliasson 2016). Erityisesti lääkärit ovat tottuneet kliinisessä työssään autonomiseen päätöksentekoon ja toivovat voivansa säilyttää päätöksentekokontrollin myös johtamistyössä (Mascia, Dello Russo & Morandi 2015). Lääkäri-identiteetin voi autonomisuudessaan jopa todeta olevan johtajan identiteetin vastakohta, koska esimies on hyvin selkeästi hierarkkisen järjestelmän osa. Lääkäriin identiteetti toimii läpileikkaavasti myös organisaation rajojen ulkopuolella, lääkäri on aina lääkäri, kun taas johtajan identiteetti kuuluu organisaatiolle. (Andersson 2015; Spyridonidis, Hendy & Barlow 2015.) Lääkärityö muuttuu vallitsevana ”post-autoritäärisenä” aikana, jolloin lääkäriillä on edelleen lääkäriin auktoriteetti, mutta ajalle tyypillisiä ovat entistä tietävämmät potilaat, monelta taholta tulevat tavoitteet ja tarve nopealle päätöksenteolle (Styhre, Roth & Roth 2016: 337). Lääkärijohtajat pohtivat, ovatko he lääkäreitä vai johtajia. Johtamistyön voidaan myös kokea vievän liikaa aikaa ja energiaa kliiniseltä työltä, lisäksi uudenlaiset toiminnan rakenteet voivat aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta esimerkiksi johtamisosaamisen osalta. (Mascia, Dello Russo & Morandi 2015; Niiranen & Lammintakanen 2014; Pratt, Rockmann & Kauffmann 2006; Viitanen ym. 2007.)

Osana JOHTAVAT –tutkimusprojektia (Tutkimus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisesta johtajien oman työn näkökulmasta) (2011-2012) kerättiin johtamistyön kuvaukset eri organisaatioitasoilta. Lähijohdon johtamistyö painottui asiakasrajapinnalla oleviin asioihin, työntekijöiden osaamisen johtamiseen ja palveluprosessien kehittämiseen. Keskijohdon työ on kuvausten mukaan rajapinnalla olemista, työssä näkyvät sekä organisaation strategiset tuloksellisuustavoitteet että toimintaan käytettävissä olevat resurssit. Keskijohdon johtamistyön sisältö pääpiirteissään koostuu perustehtävän toteutumisen varmistamisesta, strategisen tason ja lähijohdon välisten viestien välittämisestä, tavoitteiden saavuttamisen ja toiminnan edellytysten varmistamisesta, tavoitteiden mukaiseen toimintaan kannustamisesta sekä vuorovaikutuksesta ja saatavilla olost. Ylimmällä johdolla korostuu kokonaisuuksien hallinta, strategisten tavoitteiden asettaminen ja resurssien varmistaminen. (Niiranen 2014: 49.) Parvinen, Lillrank & Ilvonen (2005: 90-91) mukaan hyvän terveydenhuollon keskijohtajan ominaisuuksiin kuuluvat muun muassa kiinnostus organisaation toimintaa kohtaan ja halu kehittää sitä tehokkaana kokonaisuutena, aktiivinen tiedon välittäminen ylemmälle johdolle, kyky johtaa myös ilman omaa erikoisalan tuntemusta, hyvä paineensietokyky ja kyky perustella päätökset ja hyväksyä organisaation kanta. Kun tarkastellaan johtamistyön sisältöä muutoksissa, ylimmän johdon rooli on kriittisessä asemassa, ylimmän johdon tehtävissä korostuu uudistamisen pakon ja kehittämisen intohimon herättäminen. Keskijohdolla on puolestaan ratkaisevin rooli muutosten eteenpäin viemisessä, koska organisaation muodolliset tietovirrat kulkevat keskijohdon kautta. Keskijohto vaikuttaa ratkaisevasti

toimintakulttuuriin toimimalla siltana johdon ja työntekijöiden välissä. (Jäppinen & Sorsimo 2014: 89; Koivuniemi ym. 2014: 187-188.) Jaottelu kolmeen eri johtamistasoon eli ylimpään johtoon, keski- ja lähijohtoon on kuitenkin murroksessa. Johtajat voivat esimerkiksi toimia kaksoisroolissa sekä keski- että lähijohdossa. (Niiranen & Lammintakanen 2014.)

Syvälle juurtuneet organisatoriset rutiinit, professionalismismi ja kliinisissä yksiköissä lisääntyvä erikoistuminen ovat *sairaalakulttuuria* kuvaavia keskeisiä piirteitä (Pihlainen, Kivinen & Lammintakanen 2016: 97). Kinnunen (2010: 181) kuvaa organisaation uusien jäsenten integroimista ja indoktrinoimista vallitsevaan kulttuurijärjestelmään käyttäen Scheinin kulttuurimallin käsitteitä. Kulttuuri on sisäisesti kiinteästi toiminnallisessa yhteydessä olevien ryhmien kuten ammattikuntien ”sisäinen, suhteellisen pysyvä ja jaettu sosiaalinen todellisuus, ei niinkään organisaation ominaisuus” (Kinnunen 2010: 182). Hatch & Schultz (2002: 995-996) määrittelevät organisaatiokulttuurin niiksi organisaation ymmärryksiksi (oletukset, uskomukset ja arvot), jotka jäsentävät merkityksenantoa. Lääkärit ja hoitajat ovat näiden institutionaalisten normien ja käytänteiden välittäjiä (Nordstrand Berg & Björkjeflot 2014: 381).

Ihmisten toiminnan kontrolloiminen johtamisjärjestelmän avulla on sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikeaa. Organisaation kulttuurimuutosta tavoiteltaessa onkin tärkeää pyrkiä vaikuttamaan ryhmäkontrolliin tuomalla ryhmään uusia jäseniä, vaihtamalla lähijohtaja tai jopa hajottamalla vanha ryhmä. (Kinnunen 2011: 177.) Keskeisiä edellytyksiä organisaatiokulttuuriin liittyvän ymmärryksen ylläpitämiselle ja matalampien raja-aitojen syntymiselle ovat avoin ja luottamuksellinen keskusteluilmapiiri, keski- ja lähijohdon aktiivinen rooli ylätasoon tavoitteiden tuomisessa lähemmäksi työntekijöitä sekä HR-organisaation antama tuki esimiehille (Hatch & Schultz 2002; Kivinen 2008). Noordegraaf ym. (2016) korostavat organisaatio- ja professiologiikoiden yhteensovittamisen merkitystä, joka tapahtuu kulttuuristen interventioiden avulla. Nämä interventiot hyödyntävät kulttuurisia perinteitä, tyylejä ja tapoja, kuten potilaiden kohtaamiseen liittyviä käytänteitä. Keskeistä on organisaatiovastuiden ja lääketieteellisen professionaalisuuden keskinäinen täydentävyys vastakkainasettelun sijasta. Ylimmän johdon sitoutuminen on olennainen onnistumisen edellytys.

### 2.2.3.2 Professiot ja johtaminen

*Professionaaliset ammatit tai professiot* ovat ryhmiä, jotka soveltavat monimutkaista tietoa erityisiin tapauksiin, joilla on laaja lainsäädännöllinen ja moraalinen valtuutus ja jotka kontrollimekanismien avulla pystyvät säätämään omaa työtään (Noordegraaf ym. 2016: 1115; Wrede 2010: 50). Lääkäriprofessio

kuuluu klassisiin professioihin lakimiesten, kirjanpitäjien ja insinöörien ohella (Noordegraaf ym. 2016). Asiantuntija-ammattien muotoutumisessa keskeisiä kysymyksiä ovat tieteen tekemisen ja tiedon soveltamisen orientaatioiden yhdistäminen sekä kysymykset pyrkimyksestä ammatilliseen autonomiaan ja valta-asemaan. Lääkäriprofessio pyrkii terveydenhuollon kentällä hallitsemaan muita. (Wrede 2010: 51.) Lääkäriprofession sisäisessä arvojärjestelmässä etusijalla on tieteen harjoittamiseen perustuva potilaiden parantaminen kun taas hoitajaprofession edustajat näkevät hoitoprosessin kollektiivisena parantamiseen ja hoitamiseen (*cure and care*) liittyvänä prosessina (Nordstrand Berg & Byrkjeflot 2014: 381; Wrede 2010: 51). Professionalismi eli ammatillisuus ammatillista (itse)kuria tuottavana diskurssina rakentuu normatiivisista arvoista ja identiteeteistä. Esimerkiksi terveydenhuollon ammattilainen suhteuttaa omaa työidentiteettiään ammatillisuuden diskurssiin. (Wrede 2010: 55-56.)

Varsinkin yliopistollisissa keskussairaaloissa on jyrkät *ammattikuntarajat*, mikä tekee myös esimiestyöstä haasteellisempaa verrattuna moniin muihin asiantuntijaorganisaatioihin (Kauhanen 2010: 47). Suurin osa terveydenhuolto-organisaation johtajista kuuluu joko lääkäri- tai hoitajakuntaan. He ovat omaksuneet professionaalisen orientaation, joka yhdistettynä managerialistiseen toimintakenttään voi aiheuttaa johtajalle esimerkiksi työn ja identiteetin välisiä ristiriitoja ja johtamisongelmia. (Viitanen ym. 2007: 14.). Virtanen (2010) on tutkinut väitöskirjassaan sitä, miten sairaaloiden keski- ja ylimpään johtoon kuuluvat lääkäri- ja hoitajataustaiset johtajat puhuvat ammatillisista ryhmistä ja miten spesialiteetit (erikoisalajat) määrittelevät toimintakenttää. Virtasen tutkimusaineiston johtajat eivät tuoneet esiin monipuolista ammatti- ja ammattiryhmäkirjoa vaan puhuivat sen sijaan kahdesta ammattikunnasta, lääkäreistä ja hoitajista, joista lääkärit jakautuivat voimakkaasti lääketieteellisten erikoisalojen mukaan. Spesialiteetilla saatettiin viitata joko rakenteelliseen yksikköön tai lääketieteelliseen erikoisalaan, spesialiteettien nimityksiä saatettiin myös käyttää niin kuin edellämäinittu merkitykset olisivat yhtenäisiä, esimerkiksi sisätaudit. Keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat olivat vahvasti kiinnittyneet omaan erikoisalaansa. Virtanen (2010: 193) käyttääkin käsitettä erikoisalakohmainen professionaalinen identiteetti kuvaamaan samastumista ammattikuntaan. Kekomäki (2010: 67-72) puolestaan tarkastelee muiden kuin lääkäri- tai hoitajataustaisten johtajien edellytyksiä toimia terveydenhuollon johtajina. Hän toteaa terveydenhuollon ulkopuolelta tulevien liiketalouden asiantuntijoiden osalta, että heidän on vaikea johtaa sellaisia kokonaisuuksia, joissa asiakkuus ei ole määriteltävissä (potilas vai kunta), tuote ei ole mitattavissa (palvelu vai terveyshyöty), monet liike-elämän mittarit eivät toimi, ja joissa vakiintunut toimintakulttuuri ja virkapohjaisuus jäykistävät strategista ajattelua ja rakenteita. Hoitajataustaisten on useammin todettu suhtautuvan johtamistehtäviin myönteisesti kun taas lääkäritaustaiset ovat perinteisesti olleet

haluttomia ottamaan vastaan johtamistehtäviä ja –vastuita. Lääkärit vertaavat johtamistyyliin käyttämäänsä aikaa siihen, mitä he olisivat voineet saavuttaa tekemällä saman ajan kliinistä työtä. Hoitajat omistautuvat johtamistyyliin kokonaisvaltaisemmin. (Spehar, Frich & Kjekshus 2015: 354-355.) Kokeneet lääkärit eivät kuitenkaan koe johtamistyyliä samalla tavalla ammattiuraa uhkaavana tekijänä kuin nuoremmat lääkärit (Spyridonidis, Hendy & Barlow 2016). Potilastyö ja johtamistyyli eroavat myös kokemuksina sikäli, että lääkärin suhde potilaaseen on yleensä positiivinen, mutta johtamisroolissa tehdyt päätökset eivät välttämättä miellytä kaikkia (Snell, Briscoe & Dickson 2011: 965).

Johtamistyyli on erityisesti keskijohtoon kuuluvilla lääkärijohtajilla lähes poikkeuksetta osa kliinisen työn ja johtamistyylin yhdistelmää. Hybridit ovat ammatillisen taustan omaavia johtajia, jotka johtavat toisia ammatillaisia ja muuta henkilöstöä ja joiden muodollisen johtamisasemansa lisäksi tulee ylläpitää johtajuutta ammatillisessa ryhmässään (Croft, Currie & Lockett 2015: 381; McGivern ym. 2015: 412). Hybridien vahvuutena on professio- ja organisaationäkökulmien yhdistäminen, mikä mahdollistaa muun muassa organisaation tavoitteiden juurruttamisen ammatillisiin käytäntöihin. Siirtyminen hybridirooliin voi tapahtua hämmentävän ja identiteettikonflikteja sisältävän ”välitilan” (*liminal space*) kautta. Välitila on yleensä väliaikainen, mutta voi jäädä pysyväksi. Negatiivisessa, pysyvässä välitilassa oleva putoaa sekä aiemman ammatillisen ryhmänsä että uuden muista johtajista koostuvan ryhmän väliin, mikä on kuluttavaa ja estää identiteettisiirtymän toteutumisen (Croft, Currie & Lockett 2015: 381-383). Lääkäreiden ja hoitajien hybridiroolissa toimiminen onnistuu tutkimusten mukaan eri tavoin. Lääkärit tuovat johtajarooliin suuremman roolijäämän edellisestä roolistaan hoitajiin verrattuna, mutta onnistuvat yleisesti asemoimaan itsensä hybrideinä ammatilliseksi eliittijoukoksi. Sen sijaan hoitajien kannattaa siirtyä pois hybridiroolista kokoaikaiseen johtamisrooliin voittaakseen identiteettikonfliktien aiheuttamat ongelmat. (Croft, Currie & Lockett 2015; McGivern ym. 2015; Spehar, Frich & Kjekshus 2015.) Johtajuusidentiteetin muodostuminen edellyttää johtamisroolin tunnustamista ja myöntämistä niin yksilön itsensä kuin ryhmän (kollegoiden) ja organisaationkin tahoilta (muun muassa Quinn & Perelli 2016).

McGivern ym. (2015) kuvaavat hybridijohtajien ammatti-identiteetin työstöä, keskittyen erityisesti lääkäritaustaisiin johtajiin. He käyttävät johtajuus-identiteetin tarkastelussa (johtamis)roolin omaksumisen ja roolin käytön käsitteitä ja jaottelevat johtajat halukkaisiin hybridi- tai yhdistelmäroolissa toimiviin (*”willing hybrid”*) ja sattumalta yhdistelmäroolissa toimiviin (*”incidental hybrid”*). Myös Viitanen ym. (2007: 28-29) havaitsivat johtamistehtävään hakeutumisessa erilaisia polkuja lääkäri- ja hoitajataustaisilla johtajilla. Erityisesti yliopistollisen sairaalan lääkärijohtajia oli rekrytoitu



asiantuntijuuteen vedoten tarjoamalla samalla tilaisuutta johtajuuteen. Osa johtajista oli itse aktiivisesti markkinoinut itseään ja hakeutunut johtamistehtäviin. Sattumanvaraisemmin eteneminen johtamistehtäviin saattoi tapahtua tehtävänimikkeiden muutoksilla (esimerkiksi osastonylilääkäri), jolloin esimiestehtävät lisääntyivät. Ylihoitajien johtamistehtäviin hakeutumisessa tulivat yleisinä esille sijaisuuksien hoitaminen ja työkierto. Hoitajataustaiset johtajat olivat jo hyvin varhaisessa vaiheessa hankkineet johtamiskoulutusta. Ruotsin lääkäriliiton (Sveriges läkarförbund) teettämän kirjallisuuskatsauksen mukaan lääkärijohtajuudessa voidaan havaita kaksi erilaista kierrettä: positiivinen ja negatiivinen kierre. Positiivinen kierre alkaa rekrytoinnista, jossa johtamistehtäviin saadaan johtajaksi haluavia lääkäreitä. Positiivinen kierre perustuu osallistavaan johtamiseen lääketieteen kautta (*management through medicine*). Negatiivinen kierre saa alkunsa kun lääkäri vastaanottaa johtamistehtävän vastoin tahtoaan. Koska johtamisen kehittämistä ei koeta kiinnostavana, johtamistyyli on autoritäärinen, eikä sitouta henkilöstöä. (Savage ym. 2017: 23-25.)

Olen luvussa 2.2 kuvannut terveydenhuollon johtamisen erityispiirteitä, joihin vaikuttavat sekä alan ulkopuoliset muutostrendit että alalle tyypilliset palveluiden tuotantoon, rakenteisiin ja professioihin liittyvät tekijät. Väestö ja työvoima ikääntyvät, taloudelliset haasteet sekä nopeasti kehittyvät hoitomuodot ja teknologiat luovat paineita palvelutuotannon kehittämislle ja potilaiden valtuuttamiselle (esimerkiksi Fellows & Edwards 2016). Palvelutuotannon kehittäminen tuotantotalouden näkökulmasta kytkeytyy niin strategiavalintoihin, operatiivisen toiminnan kehittämiseen kuin resurssipäätöksiinkin. Palvelutuotantoa ja innovatiivisuutta voidaan kehittää organisaatioiden välisen yhteistyön, sisäisen kehittämisen kuten lean-hankkeet sekä potilaiden ja henkilöstön osallistamisen avulla (muun muassa Cosgrove ym. 2013; Fournier & Jobin 2018; Roehrich, Lewis & George 2014). Sairaalat ovat monimutkaisia ja hierarkkisia asiantuntijaorganisaatioita, joissa professioiden vaikutus sekä organisaatiokulttuuriin että johtamiseen on merkittävä (esimerkiksi Pihlainen, Kivinen & Lammintakanen 2016; Virtanen 2010). Johtamisroolien hybridiluonne auttaa professio- ja organisaationäkökulmien yhdistämisessä, mutta johtamisroolin onnistunut omaksuminen tapahtuu lääkäreillä ja hoitajilla eri tavoin (esimerkiksi Croft, Currie & Lockett 2015; McGivern ym. 2015). Halukkuus johtamistehtäviin on oleellista (Savage ym. 2017).

Väitöstutkimukseni kohderyhmä koostuu pääasiassa lääkäri- ja hoitajaprofessioihin kuuluvista tutkittavista. Esittelen seuraavassa pääluvussa 3 tutkimukseni aineiston ja metodologian.



### 3 METODOLOGIA JA AINEISTO

Kuvaan tässä pääluvussa tulkitsevan tapaustutkimukseni (ks. alaluku 1.3) aineiston hankinnan ja analyysin menetelmiä ja vaiheita. Esittelen alaluvussa 3.1 tapaustutkimukseni kohdeorganisaation Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS). Kuvaan alaluvussa ensin tiivistetysti Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja sen säätelyä. Alaluvussa 3.2 kuvaan haastattelujen tekemistä ja siihen liittyviä menetelmällisiä valintoja, minkä jälkeen kerron alaluvussa 3.3 aineiston analyysistä.

#### 3.1 Tapaustutkimuksen kohdeorganisaatio HUS: toimintaympäristö ja organisaatioesittely

*HUSin johtajaylilääkäri Markku Mäkijärvi:*

*”Pitää muistaa, mitä kaikkea julkisissa sairaaloissa tehdään. Olemme auki ympäri vuorokauden, emme valikoi potilaita ja kaikki sairaudet hoidetaan. Yliopistosairaloissa tehdään tutkimusta, opetetaan ja koulutetaan ihmisiä alalle... HUSilla on myös paljon kansallisia velvollisuuksia. Olemme viimeinen hätävara silloin, kun kaikki muu pettää ja muualla ei osata. Tällä on tietysti hintansa.” (Yle Akuutti 11.4.2016)*

Suomessa terveydenhuollon palvelujärjestelmä jakautuu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan esimerkiksi kuntien terveyskeskusten ja vuodeosastojen palveluita, erikoissairaanhoito käsittää erikoissairaanhoitolain mukaiset palvelut, joiden järjestämisestä vastaavat sairaanhoitopiirit. (Rissanen & Lammintakanen 2011: 28.) Kuntien on kuuluttava sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidon järjestämistä varten. Yhteensä sairaanhoitopiirejä on Ahvenanmaa mukaanlukien 21 ja ne muodostavat viisi erityisvastuualuetta eli erva-aluetta, joiden keskuksena on yliopistollinen keskussairaala. Osa erikoissairaanhoidon palveluista järjestetään näiden ns. miljoonapiirien pohjalta. (<https://stm.fi/sairaanhoitopiirit-erityisvastuualueet>)

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään erityisvastuualueen tehtävistä (42 §), erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (45 §). Sairaanhoitopiirien on huolehdittava ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa sekä tieteellisen tutkimuksen ja kehittämisen järjestämisessä. Erva-alueen sairaanhoitopiirien on myös yhdessä suunniteltava erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto, tietojärjestelmäratkaisut, lääkinnällinen kuntoutus ja erilaiset hankinnat. Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista (156/2017) määrittelee

erityisvastuualueet ja niihin kuuluvat sairaanhoitopiirit. HUS kuuluu Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueeseen.

Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 24 §:n mukaan ”sairaanhoitopiireissä, joiden alueella Helsingin, Turun, Oulun, Tampereen ja Kuopion yliopistot sijaitsevat, tulee olla yliopistollinen sairaala”. Terveystieteiden ja terveydenhuollon lain 59 § mukaan yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirille korvataan valtion varoista lääkäreiden ja hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutuksesta aiheutuvia kustannuksia.

Valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017) on säädetty (3 §) erityisesti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelun ja yhteen sovittamisen osalta tehtävät syövän ehkäisyyn, diagnosointiin, hoitoon ja kuntoutukseen sekä elinluovutustoimintaan liittyen.

Tutkimukseni kohdeorganisaatio HUS on uusmaalaisten kuntien perustama, vuonna 2000 toimintansa aloittanut kuntayhtymä. HUSin muodostaminen oli ainutlaatuisen suuri rakenteiden ja toimintojen muutos, jossa Helsingin sairaanhoitopiiri, HYKS ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri yhdistettiin HUS-kuntayhtymäksi (Taskinen 2005: 102). HUSin perustamisen taustalla oli 1990-luvun laman käynnistämät saneeraustarpeet ja samanaikainen erikoissairaanhoidon kasvun jatkuminen (Paqvalin 2010: 9). Muutosprosessi toteutettiin kolmessa vaiheessa. Sen tavoitteisiin kuuluivat muun muassa vähäportainen organisaatorakenne, strategiseen johtamiseen keskittyvä konserniorganisaatio ja tehokas yksiköiden toimintaorganisaatio. Uuden johdon tehtäväksi tuli sellaisen johtamismallin kehittäminen, joka tasapainottaisi jännitteitä esimerkiksi liikkeenjohdollisen johtamisen ja sairaanhoidon ammatillisen johtamisen välillä. (Paqvalin 2010; Taskinen 2005.)

HUS on kasvanut Suomen toiseksi suurimmaksi työnantajaksi, jonka liikevaihto vuonna 2017 oli 2,1 miljardia euroa. HUSin palveluksessa työskenteli vuoden 2017 lopussa yli 24 000 ammattilaista. HUS-kuntayhtymä muodostuu viidestä sairaanhoitoalueesta, jotka ovat HYKS-sairaanhoitoalueen lisäksi Hyvinkää, Lohja, Porvoo ja Länsi-Uusimaa. HUSin 23 sairaalassa hoidetaan vuosittain yli puolta miljoonaa potilasta. Työtehtävien kirjo on laaja ja erilaisia tehtävänimikkeitä on käytössä noin 350. Hoitohenkilökunnan osuus henkilöstöstä vuonna 2017 oli lähes 55 %, lääkäreiden osuus n. 13 %. Henkilöstön koulutustaso on kelpoisuusehdoista, yliopistoyhteistyöstä ja toimialasta johtuen korkea. HUSissa on eri tasoilla yhteensä 990 esimiestä ja kullakin esimiehellä on keskimäärin 25 alaista. ([www.hus.fi/](http://www.hus.fi/); HUS Henkilöstökertomus 2017.)

HUSissa ylin päätösvalta on sairaanhoitopiirin valtuustolla, joka valitsee toimikaudekseen hallituksen ja jokaiselle sairaanhoitoalueelle lautakunnan. Hallitus johtaa kuntayhtymän toimintaa, hallintoa ja taloutta ja vastaa toiminnan yhteensovittamisesta ja omistajaohjauksesta sekä henkilöstöpolitiikasta. Hallitus huolehtii HUSin sisäisestä valvonnasta ja riskienhallinnan järjestämisestä. Toimitusjohtaja johtaa HUSin hallintoa, taloudenhoitoa ja muuta toimintaa hallituksen alaisena. HUSin sairaaloiden muodostaman terveydenhuollon toimintayksikön vastaavana lääkärinä toimii johtajaylilääkäri. (HUS Hallintosääntö 2017: 2 §.)

HUSissa on määritelty ”Johtaminen voimavarana” –läpimurtohankkeen (2017) osana johtamisen painopistealueet: asiakaskokemuksen huomioiminen, tuote- ja palvelukehitys sekä vuorovaikutteinen johtaminen. Hankkeen projektisuunnitelmassa (2017) on kuvattu kaikille yhteiseen johtamisosaamiseen kuuluvat alueet. Ne on jaoteltu kolmeen ryhmään: substanssijohtaminen, taktinen johtamisosaaminen sekä strateginen johtamisosaaminen. Substanssijohtaminen sisältää toiminnan, henkilöstön ja talouden päivittäisjohtamisen sekä oman alueen prosessien kehittämisen. Taktista johtamisosaamista ovat muun muassa johtamisen johtaminen sekä toiminnan suunnittelu kuten resurssien kohdentaminen ja osaamisen johtaminen. Strategiseen johtamisosaamiseen kuuluvat esimerkiksi organisaation tavoitteiden asettaminen, strategian toimeenpano ja seuranta. Johtamiskoulutusten uudistamista tehdään osana ”Johtaminen voimavarana” –hanketta. Vuonna 2017 johtamis- ja esimieskoulutuksiin osallistui lähes 1000 henkeä. Erityisesti johtotason esimiehille tarjotaan ulkoisia koulutuksia, mahdollisuutta hakea MBA-rahoitustukea sekä coachingia. (HUS Henkilöstökertomus 2017; HUS ”Johtaminen voimavarana” –hanke Projektisuunnitelma 2017.)

### 3.2 Haastattelujen tekeminen: menetelmät ja vaiheet

Väitöstutkimukseni keskeisin aineistonkeruumenetelmä on henkilökohtaiset *teemahaastattelut*. Olen päätenyt haastatteluihin, koska niiden avulla on mahdollista saada selville vastaajien *kokemuksia* niin uratapahtumista ja niihin liittyvästä oppimisesta kuin johtajuusidentiteetin rakentumisesta. Haastattelu on menetelmänä joustava, koska siihen sisältyy tarkentamisen mahdollisuus tarvittaessa (esimerkiksi Puusa 2011: 76). Teemahaastattelu on käytetyin laadullisen aineiston keruumenetelmä yhteiskunta- ja liiketaloustieteissä (Koskinen, Alasuutari & Peltonen 2005: 105). Metodologisesti teemahaastatteluissa korostetaan haastateltavien tulkintaa asioista ja asioille annettuja merkityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2013). Vaikka haastattelukysymykseni ovat muodoltaan puolistrukturoituja, teemahaastattelu eroaa puolistrukturoidusta

haastattelusta teeman tarkastelun vaatiman laajuuden takia. Teema on laajempi kuin yksittäinen kysymys. (Puusa 2011: 82.) Olen rakentanut haastattelukysymykset niin, että niihin vastaaminen on kerronnallista. *Narratiivinen lähestymistapa* edistää johtajuuden kehittymisen kannalta keskeistä reflektiota. Itsestään kertoessaan haastateltava tulee väistämättä valikoineeksi, mitä kertoo ja jättää kertomatta – kertomusten totuutta lähestytäänkin kerrottuina konstruktioina. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2006.) Toiveenani on, että haastattelut myös osaltaan tarjoavat mahdollisuuden reflektiolle ja toimivat tutkittavien kokemuksista oppimisen edistäjinä.

Itsestä kertominen muuttaa itseä (Ibarra & Barbulescu 2010). Vaikuttava ja johdonmukainen kertomus itsestä syntyy kun kertomuksessa kuvataan esimerkiksi työura tiettyä kronologista järjestystä noudattavana tapahtumien sarjana, jossa on juoni (Ibarra & Barbulescu 2010; Kohonen 2011; La Pointe 2010; Sparrowe 2005). Juonet voivat olla jatkuvasti tiettyyn päämäärään tähtääviä tai epäjatkuvia ennen-jälkeen –kuvauksia, joissa päähenkilön tavoitteet muuttuvat ja käännekohtat kuten vaikeudet muodostavat mielekkään osan henkilökohtaista matkaa. Myös Boje (2001) korostaa juonen ja tarinalinjan yhtenäisyyden merkitystä narratiivien syntymiselle. Bojen mukaan tarina on kuitenkin vielä pelkkä tapahtumien kuvaus, hän käyttää määritelmää antenarratiivi kuvaamaan sitä hajanaista ja epäkoherenttia ainesta, joka edeltää hiottuja narratiiveja. Juonen lisäksi päähenkilön toimijuudella on tärkeä rooli tarinan johdonmukaisuuden muodostumisessa. Tarinan uskottavuuteen vaikuttaa, onko päähenkilö itse valinnut jonkin tapahtumien suunnan vai ajautunut tilanteeseen. Kriisejä kohdatessaan ihminen voi kuitenkin onnistua kertomaan tapahtumien johtuvan ulkoisista syistä. (Ibarra & Barbulescu 2010: 141-142.) Tunnistettaviin kulttuurisiin arkkityyppeihin kytkeytyvät tarinat ovat uskottavampia, samoin osallistavat kertomusten rakentamisprosessit lisäävät uskottavuutta. Kuulijat osallistuvat tarinan kerrontaan kertomuksen yhteistuottajina muun muassa hakemalla kompromisseja ja ohjaamalla tarinan kulkua kulttuurisesti hyväksyttävämpään muotoon. (Ibarra & Barbulescu 2010: 142-144; Aaltio & Puusa 2011: 163.) Tapahtumat muodostavat tarinan keskeisen materiaalin. Tapahtumat voivat olla henkilön tarkoituksellisia tekoja tai asioita, jotka tapahtuvat hänelle joidenkin muiden henkilöiden tai tilannetekijöiden vaikutuksesta (Hänninen 2010; Sparrowe 2005). Tapahtumat voidaan Brunerin mukaan jakaa tietoisuuden ja toiminnan maisemissa tapahtuviin, jolloin toiminnan maiseman tapahtumat ovat konkreettisia ja näkyviä kun taas tietoisuuden maiseman tapahtumat ovat päättämisen ja oivaltamisen kaltaisia näkymättömiä tapahtumia (Hänninen 2010: 162). Tarkastelen väitöstutkimuksessani sekä suunniteltuja että sattumanvaraisia tapahtumia, en kuitenkaan pyri tunnistamaan tapahtumiin liittyvää päätöksentekoa.

Kuvaan seuraavaksi haastattelujen *käytännön toteutusta*. Tein haastattelujen ja esikyselyn käytännön toteutuksen suunnittelun alkuvuodesta 2015 yhteistyössä HUSin yhteyshenkilöiden kanssa. HUS tutkimuslupaprosessi johti tutkimusluvan myöntämiseen 8.6.2015. Tutkimuslupa oli voimassa 30.6.2016 asti, minkä jälkeen myönnettiin jatko täydentävien haastattelujen ja tulosten esittämistilaisuuksien pitämistä varten 31.12.2016 asti. Myös HUSin koordinoiva eettinen toimikunta antoi tutkimuksen tekemistä puoltavan lausunnon 5.5.2015.

Ennen haastattelujen toteutumista lähetin haastateltaville, sekä valitulle joukolle muita HUSin keskijohtoon kuuluvia, aihepiiriä taustoittavan *esikyselyn*. Käytin esikyselyn laatimisessa kvantitatiivista AHP (*Analytical Hierarchy Process*) -menetelmää, jotta sain selville paitsi kartoitettavien tekijöiden merkittävyyden myös eri tekijöiden merkittävyyserojen suuruuden. Helposti täytettävän, Vaasan yliopiston e-lomakkeella toteutetun esikyselyn tehtävänä oli sekä aihepiirin tunnustelu että erityisesti tutkittavien virittäminen haastattelututkimukseen. Haastattelujen runko oli suunniteltu jo ennen esikyselyn tulosten valmistumista. Anna Katajamäki analysoi esikyselyn tulokset pro gradu -työnä Vaasan yliopistoon (Katajamäki 2017).

Aineiston sisäisen vertailtavuuden vahvistamiseksi haastateltavat valittiin HUSin HYKS-sairaanhoidon yksiköistä ja he ovat taustaltaan ylihoitajia ja ylilääkäreitä. Ensimmäisessä vaiheessa nimettiin ne yksiköt, joihin ei 1.1.2015 voimaan tulleen uuden organisaation tai muiden syiden takia kohdistunut tutkimusta haittaavia suuria muutoksia. Näitä yksiköitä oli kuusi ja niistä nimettiin asemansa puolesta potentiaaliset haastateltavat, joita oli yhteensä 47 henkeä. Heiltä pyydettiin henkilökohtainen suostumus haastatteluun ja esikyselyyn.

Otimme yhdessä HYKSin henkilöstöpäällikön kanssa ensin yhteyttä jokaisen tulosyksikön johtajaan, jolloin tiedotimme tutkimuksesta ja kysyimme samalla tulosyksikön johtajien suostumusta haastatteluun ja esikyselyyn. Seuraavaksi pyysimme kaikilta nimetyiltä henkilöiltä luvan haastattelua varten. Samassa yhteydessä kerroimme esikyselystä, joka lähetettiin kaikille haastateltaville. Haastattelua varten pyydettiin varaamaan 1,5 tuntia aikaa. Tutkimuksessa pyrittiin siihen, että jokaisesta yksiköstä haastatellaan vähintään 2-3 henkeä, hoitaja- ja lääkärijohtajien jakauma on melko tasainen ja että haastateltavia on yhteensä vähintään 20 henkeä.

Haastattelut toteutettiin syyskuun 2015 ja helmikuun 2016 välisenä aikana. Yhteensä 22 haastateltavasta 13 oli lääkäritaustaisia ja 8 hoitajataustaisia, lisäksi yhdellä henkilöllä oli muu tausta. Naisia oli 15 ja miehiä 7, jokaisesta yksiköstä haastateltiin vähintään kahta henkilöä. Ylimpään johtoon kuului 8, keskijohtoon

14 haastateltavaa organisaation määrittelyn mukaisesti. Luottamuksellisuussyistä haastateltavien henkilöiden taustoja kuten tehtävänimikkeitä tai ikää ei kuvata tarkemmin.

*Haastattelurunko* oli seuraava:

- kerro ammattiurastasi
- mikä on tukenut, mikä haitannut johtajana kehittymistä?
- kuvaile johtajuusidentiteettiäsi tällä hetkellä, miten se on rakentunut? (kasvu johtajana, johtajan rooli)
- mistä saat energiaa (johtamistyöhön)?

Pyynnöllä kuvata ammattiuraa oli tavoitteena kuulla kertomus, josta oli tehtävissä havaintoja siitä, mitä johtajat painottavat kertoessaan ammattiurastaan. Kiinnostus kohdistui erityisesti sellaisiin työuran keskeisiin muutoskohtiin, jotka olivat vaikuttaneet johtajana kehittymiseen. Toinen kysymys tukea antaneista ja haitanneista tekijöistä palveli juuri keskeisten tapahtumien tunnistamista. Johtajuusidentiteetin rakentumista koskeva kysymys pyrki avaamaan kokemuksista oppimista sekä motivaatiota ja tapoja toimia ja kasvaa johtajana, ajatuksella että identiteetti rakentuu kertomuksessa (esimerkiksi Ibarra & Barbulescu 2010; Aaltio & Puusa 2011). Energiaa koskevalla kysymyksellä tavoiteltiin myönteisten mielikuvien ajattelemista ja siten vielä johtajaksi kasvua tukevien tapahtumien ja motivaatiotekijöiden esiintulemistä.

Haastattelukysymykset muokattiin siten, että ylimmän johdon edustajilta kysyttiin myös keskijohdon rooliin ja johtamisen kehittämiseen liittyviä kysymyksiä erikseen. Näiden kysymysten tarkoituksena oli arvioida haastattelurungon muokkaustarvetta keskijohdon haastatteluja varten:

- mitkä ovat mielestäsi keskijohdon johtamistyön keskeisimmät haasteet?
- mitkä ovat tärkeimpiä keskijohdon johtamisaamisen (leadership) kehittämisen edellytyksiä?

Päädyin kuitenkin käyttämään kaikissa haastatteluissa samaa runkoa täydentäen sitä tilannekohtaisesti täsmentävillä lisäkysymyksillä. Yhteenvedo ylimmän johdon haastatteluissa esiin nousseista seikoista on liitteenä.

Kohdeorganisaatiota koskevan kokonaiskuvan vahvistamiseksi haastattelin myös HR-organisaation edustajia kuten HUSin henkilöstöjohtajaa ja henkilöstön kehittämispäällikköä sekä HYKSin henkilöstöpäällikköä. Nämä haastattelut toteutettiin helmi- ja elokuussa 2016.

Suunnitelmanani oli käyttää haastatteluissa osittain, erityisesti ensimmäisen kysymyksen osalta, schützeläistä elämäkerrallis-kerronnallisen haastattelun yhden keskeytymättömän pääkertomuksen periaatetta. Schützeläisen haastattelun perusteluna on hermeneuttisen kokonaishahmon ja kehystarinan muodostuminen ja näkemyksen syntyminen siitä, miten kertojan identiteetti on rakentunut. Schützeläinen haastattelu etenee niin, että toisessa vaiheessa esitetään yleensä kertomusta jatkavia kysymyksiä, jotka liittyvät vain haastateltavan jo esiin nostamiin asioihin. Vasta haastattelun kolmannessa vaiheessa haastattelijä voi kysyä asioista, jotka eivät vielä ole tulleet esiin ja/tai jotka perustuvat tutkijan mielenkiinnon kohteisiin. (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005.) On tärkeää, että haastattelijä pystyy luomaan luottamuksellisen ilmapiirin ja osoittaa kuuntelevansa haastateltavaa omaksumalla ”rohkaisevan kuulijan” roolin (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005: 196; Kohonen 2011). Pyrin olemaan keskeyttämättä ensimmäisen kysymyksen vastauksena tulevaa kertomusta. Haastatteluni olivat kuitenkin luonteeltaan puolistrukturoituja teema-haastatteluja, joten urakertomusta seuraavat kysymykset noudattivat ennalta suunniteltua rakennetta, vaikka vastaamisen järjestyksestä saattoikin poiketa. Schützeläisen haastattelun toteutuksen haasteena on tutkijan hiljaa olon vaatimus, jonka tavoitteena on haastattelijan vaikutuksen neutralointi (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005). Huomasin tämän vaatimuksen haasteellisuuden jo haastattelukierroksen alkuvaiheessa. Osa haastateltavista kertoi oma-aloitteisesti ja värikkäästi työuransa vaiheista ja haastattelun alku oli mahdollista kuljettaa omaelämäkertaan perustuen. Myös hieman mekanistisemmin, mahdollisesti standarditarinansa kertovien haastattelut etenivät sujuvasti. Sen sijaan haastattelijan interventiota kaivattiin jo pian niissä muutamissa tilanteissa, joissa alun kertomus oli jäädä kovin lyhyeksi tai kuvauksen taso yleiseksi. Syynä tähän saattoi olla esimerkiksi aikapaine. Lisäksi haastateltavat voivat haastattelun hetkellä olla hyvin erilaisissa tilanteissa: rutinoitunut tarinankertaja kertoo version moneen kertaan kerrotusta tarinasta, puhuja voi kieltäytyä kertomuksesta tai muokata kokemuksensa kertomukseksi juuri nyt (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005: 218). En pitänyt haastattelun kulun mahdollisesti alusta pitäen tapahtunutta ohjaamistarvetta kuitenkaan ongelmallisena, koska tulkitsevassa tapaustutkimuksessa tutkijan roolilla ja identiteetillä katsotaan joka tapauksessa



olevan vaikutusta aineiston keruuseen ja analysointiin (Piekkari & Welch 2011; Welch ym. 2011). Haastateltavat myös valitsevat ne tapahtumat, joista he haluavat niiden merkityksellisyyden vuoksi kertoa, minkä lisäksi kertomukseen vaikuttaa aina yleisö, paikallaoleva tai sisäistetty kuuliija (McAdams 2001; Ibarra & Barbulescu 2010). Kaiken kaikkiaan haastateltavat suhtautuivat haastatteluun myönteisesti ja esimerkiksi viimeinen kysymys (mistä saat energiaa johtamistyöhön) oli kaikille selvästi mieleinen.

Jo haastattelujen suunnitteluvaiheessa oli tiedossa, että haastattelujen käyttöön sisältyy mahdollisia *rajoitteita*. Siltä osin kun uratapahtumista on kulunut aikaa, niiden arviointi perustuu muistikuviiin ja voi olla vaikeaa saada esiin yksityiskohtaisia muistikuvia. Ihmisten omaelämäkerrallisessa muistamisessa on suuria eroja. Sellaiset henkilöt, joiden muistaminen painottuu yleisiin teemoihin ja tapahtumiin tarkemman episodisen tason sijasta, jäävät paitsi yksityiskohtaisten tapahtumien sisältämästä ohjauksesta ja näkemyksistä. (Pillemer 2001: 128-129.) Joskus tapahtuma voi myös olla niin tuore, ettei sen merkitystä ole ehditty työstää (Kohonen 2011) tai sen herättämät voimakkaat tunteet ovat voineet estää kokemuksesta oppimista (DeRue ym. 2012). Ihmiset refleктоivat omaa kehittymistään hyvin eri tavoin ja tutkijan roolina on tarvittaessa fasilitoida keskustelua ja auttaa reflektoinnissa. Merkityksenantoon liittyvät kysymykset on syytä ottaa huomioon. Haastateltavien käyttämät käsitteet ovat kytköksissä esimerkiksi kulttuuriin ja haastattelijan tausta vaikuttaa tulkintaan, tutkija ja haastateltava saattavat tulkita ja ymmärtää esille tulleita asioita eri tavoin. (Kohler Riessman 2008; Aaltio & Puusa 2011.) Kertomukset voivat myös olla ”myyttejä”, jotka tarjoavat kertojalle suojaa ja hyvinvointia (Inkson 2004: 106).

### 3.3 Aineiston analyysi

Alasuutarin (1995: 30-37) mukaan laadullinen analyysi koostuu kahdesta toisiinsa nivoutuvasta vaiheesta, *havaintojen pelkistämisestä* ja *arvoituksen ratkaisemisesta*. Laadullisessa analyysissä tavoitteena on pelkistää raakahavainnot niin suppeaksi havaintojen joukoksi kuin mahdollista. Havaintojen yhdistämisellä syntyneiden havaintojen pitää päteä kaikkiin raakahavaintoihin, yksikin poikkeus kumoo säännön. Havaintoyksiköiden välisten erojen tärkeys korostuu laadullisessa analyysissä. Arvoituksen ratkaisemisen vaihetta voi kuvata siten, että ”tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden pohjalta tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä” (Alasuutari, 1995: 35). Havaintojen käsittelyssä viitataan kirjallisuuteen ja muihin tutkimustuloksiin. Empiirisen aineiston raakahavaintoihin myös palataan ja etsitään uusia kysymyksenasetteluja ja esimerkiksi erityisiä tapoja, joilla tutkittavat kuvaavat jotakin asiaa. (Alasuutari, 1995: 35-38.) Laadullisen tutkimuksen havaintojen

tuottamisvaihetta kuvaa ”olennaiseen keskittyminen”, kun taas arvoituksen ratkaisemisvaiheen voi kiteyttää ”ymmärtäväksi selittämiseksi” (Alasuutari, 1995: 42).

Luokittelu on yksinkertaisin tapa järjestää aineisto, teemoittelu on teemahaastattelun osalta suhteellisen helppoa, tyypittely tiivistää joukon tiettyä teemaa koskevia näkemyksiä yleistykseksi (Tuomi & Sarajärvi 2013: 93). Luokittelu ei kuitenkaan tarkoita samaa kuin analyysi. Aineistoa ei voi jättää puhumaan puolestaan, vaan analyysivaiheessa aineistosta pitäisi saada irti jotakin, joka ei sellaisenaan esiinny suorissa lainauksissa. Havaintoyksikön valinta on tärkeä tehtävä, esimerkiksi väitöstutkimuksessani keskeinen kiinnostuksen kohde on haastateltavien kokemus (johtajana kehittymisestä) ja näin ollen luonteva havaintoyksikkö on *kertomus*. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010: 19-23.) Kertomuksiin kokemuksen kuvauksina suhtaudutaan niin, että ne ovat kertojalle tosia, vaikka ihmisen kokemuksia ei voi tavoittaa sellaisenaan (Erkkilä 2005: 201).

Kertomuksen tutkimisen tekee kiinnostavaksi muutos, transformaatio ja prosessi (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005: 190). Narratiivisuus aineiston käsittelytapana voidaan Polkinghornen mukaan jakaa *narratiivien analyysiin* ja *narratiiviseen analyysiin* (Erkkilä 2005; Heikkinen 2010; Heikkinen 2015; Kohonen 2011). Narratiivien analyysissä huomio kohdistuu kertomusten luokitteluun, esimerkiksi kategorioiden avulla, tai tematisointiin, kun taas narratiivisessa analyysissä painopiste on uuden kertomuksen tuottamisessa. Heikkinen (2010: 156-157) kuvaa narratiivisen tutkimuksen luonnetta ja eroja muuhun laadulliseen tutkimukseen seuraavasti. Narratiivisessa tutkimuksessa huomio kohdistuu yksilöiden merkityksenantoon, tutkijalla on henkilökohtainen kosketus tutkittaviin, tutkijan tavoitteena on myös kohentaa tutkittavien elämää ja lopuksi keskeisimpänä: narratiivisessa tutkimuksessa ei pyritä objektiiviseen tai yleistettävään tietoon vaan tieto on luonteeltaan henkilökohtaista ja subjektiivista. Narratiivisen analyysin keskiössä voi olla kertomuksen rakenne, juoni, aktantit eli kantavat voimat (usein henkilöitä) tai elämäntarina (Hänninen 2010). Narratiivien analyysissä voi olla tavoitteena myös yleispätevän tiedon etsiminen (Erkkilä 2005: 200).

Ammattiurasta kysyttäessä osa vastaajista esitti paikoin tarkkojakin kuvauksia ammatillisen pätevyyden muodostumisesta. En kuitenkaan käsittele ammatillista pätevyyttä, vaan keskityn nimenomaan johtajana kehittymisen kannalta merkittävien tapahtumien ja johtajaroolin rakentumisen kuvaamiseen. Kysymykseen energian lähteistä tuli paljon kuvauksia myös yksityiselämän olosuhteista. Yksityiselämän tapahtumat olen kuitenkin jo tutkimuksen alkumäärittelyssä päättänyt jättää tutkimukseni ulkopuolelle. En myöskään

tarkastele tässä tutkimuksessa henkilökohtaisia ominaisuuksia tai toimintatyylejä, jotka nousevat joissakin haastatteluissa esille, esimerkkinä yhteistyökyky.

Kuvaan seuraavaksi aineistoni *analyysin vaiheet*, pohjautuen *narratiivien analyysiin*. Välittömästi haastattelujen jälkeen litteroin äänitetyt haastattelut. Litterointi on jo tulkintaa (Kohler Riessman 2008: 50; Ruusuvuori 2011: 428), mistä olen tietoinen käyttäessäni litteroinnin avulla tuotettuja tekstejä aineistoni analyysin pohjana. Tein haastattelujen aikana myös muistiinpanoja, esimerkiksi haastattelun kulkuun liittyvistä havainnoista. Analyysini noudatti *teema-analyysii/temaattista analyysii*, keskittymällä kerrottuun, siihen *mitä* haastateltavat raportoivat tapahtumista ja kokemuksista, ennemmin kuin itse kertomiseen (Kohler Riessman 2008: 54).

Ensivaiheessa luokittelin haastatteluissa esiin nousseet työuran tapahtumat luokkiin, käyttäen luokittelun pohjana laatimani esikyselyn muuttujalistaa. Esikyselyn muuttujat perustuvat alaluvussa 2.1.3 esittelemiini työn kehittäviin komponentteihin ja tapahtumatyyppeihin (erityisesti McCauley ym. 1994; Yip & Wilson 2010) sekä henkilökohtaiseen käytännön kokemukseeni, esiymmärrykseeni aiheesta. Huomasin kuitenkin nopeasti tarvitsevani myös muita luokkia, kuten roolimallit ja asenne. Jotkut esikyselyn pääluokat eivät puolestaan näyttäneet juuri lainkaan tarpeellisilta, kuten 360-arvioinnin tulokset.

Esikyselyssä käytetyt muuttujat:

- C1 Työpaikan vaihtaminen = koko työnantajaorganisaation vaihdos
- C2 Työn sisällön muutos = työn sisällön ja vastuualueen muutos, ura- ja tehtäväkierto
- C3 Muutosprosessivastuu = esimerkiksi uudistusten käynnistäminen, toiminnalliset muutokset
- C4 Toiminnan uudelleenorganisointi = esimerkiksi supistamispäätökset, rakenteeseen ja resursseihin liittyvät muutokset
- C5 Ulkoisesti haasteelliset tilanteet = esimerkiksi vieraissa kulttuureissa työskentely, kriisit, julkisuuden paine
- C6 Johtamiskoulutus = koulutusmuotoinen kehittäminen, lyhyet ja pitkät ohjelmat
- C7 360-arvioinnin tulokset tms. = 360-palaute tai muu organisaatiosta tuleva johtamiseen liittyvä palaute kuten työolobarometri

C8 Sparraus esimiehen kanssa = oman esimiehen kanssa tapahtuva sparraus, sisältäen kehityskeskustelut

C9 Coaching tai mentorointi = henkilökohtaisen kehittymisen prosessi

C10 Omatoiminen opiskelu = esimerkiksi johtamista käsittelevän kirjallisuuden lukeminen tai verkostoituminen

Haastatteluaineiston luokittelun tuloksena syntyneet tapahtumaryhmät:

- ulkomaanjakso
- organisaatiomuutos
- vaikeat/hankalat tilanteet
- isot hankkeet tai tapahtumat (esimerkiksi muutosprosessit)
- sattuma, tilaisuus, muu mahdollisuus tai vaikeus nimetä mitään erityistä
- johtamiskoulutus
- palaute
- roolimalli
- esimiehen tuki
- muiden kuin esimiesten antama tuki
- asenne
- omatoiminen opiskelu
- oppimista haittaavat tapahtumat: jaotellen organisaatioon liittyviin ja ympäröivään maailmaan liittyviin tekijöihin

Saadakseni kokonaiskuvan eri tapahtumien esiintymisestä, laskin aluksi jokaisen tapahtumaryhmän osalta lukumäärät; kuinka moni henkilö mainitsi tapahtuman/kuinka monta kommenttia kuhunkin tapahtumaan kohdistui. Merkitsin myös kaikki tapahtumiin liittyvät kommentit koodilla; (h) = hoitajataustainen vastaaja tai (l) = lääkäritaustainen vastaaja. Pohdin lukumäärien käyttöä tulosten esittelyn yhteydessä ja päädyin jättämään ne pois. Piekkari & Welch (2011: 193) korostavat tutkijan valitseman tapaustutkimustyyppin tieteenfilosofisen perinteen huomioimista tutkimustuloksia raportoidessa. Tulkitseva tapaustutkimus painottaa erilaisten

kertomusten ja eriävien näkemysten esiintuomista homogeenisyyden etsimisen sijasta (emt: 190–191). Näkemykset lukumäärien käytöstä kuitenkin vaihtelevat, esimerkiksi Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen (2011: 26) mukaan havaintojen kvantifiointi ja numeerinen esittäminen ovat laadullisessakin tutkimuksessa sallittuja ja lisäävät osaltaan validiteettia ja läpinäkyvyyttä. Käytän kvantifioinnin sijasta tiheää kuvausta (Welch ym. 2011) läpinäkyvyyden lisäämiseksi.

Aineistoa tarkasteltaessa on huomioitava eri uratapahtumien sisällöllisesti mahdollisesti suurikin eroavaisuus tutkittavien välillä. Sama ilmiö voi vaihdella huomattavasti laajuudeltaan tai perustua eri menetelmiin, esimerkkeinä muutosprosessit ja johtamiskoulutukset. Uratapahtumat voivat myös olla yhtäaikaan sekä itsenäisiä tapahtumia että keinoja edistää oppimista muista tapahtumista, esimerkkinä coaching.

Alunperin keskeisenä tarkastelun kohteena olleiden *uratapahtumien* lisäksi haastatteluissa kerrotut asiat muodostivat kolme muuta teemakokonaisuutta: *johtamisrooliin päätyminen, substanssiosaamisen ja sen jatkuvan ylläpitämisen sekä johtamistyön motivaatiolähteiden* kuvaukset. Tutkimustulosten esittely pääluvussa 4 pohjautuu edellämainittuun jaotteluun, painottuen uratapahtumien tarkasteluun.

*Johtajaksi päätyminen* tarkastelussa sovellan McGivern ym. (2015) esittämää jaottelua halukkaisiin hybridi- tai yhdistelmäroolissa toimiviin (*”willing hybrid”*) vs. sattumalta yhdistelmäroolissa toimiviin (*”incidental hybrid”*). McGivern ym. (2015: 417) mukaan *”willing hybrids”* –pääpolkuja on kaksi; jotkut ovat jo uransa alkuvaiheessa innostuneet johtamistehtävästä kun taas toisille johtamisura näyttäytyy työuran puolenvälin mahdollisuutena. *”Incidental hybrid”* –polkuja on kolme. Kollegat voivat kannustaa tai *”painostaa”* johtamisrooliin, jota kirjoittajat kutsuvat passiiviseksi ammatilliseksi velvollisuudeksi. Lääkärit voivat myös ryhtyä johtamisrooliin reaktiona huomaamiinsa epäkohtiin tai varmistaakseen, että johtajaksi tulee nimenomaan lääkäritaustainen henkilö (reaktiivinen ammatillinen velvollisuus). Johtamisrooli voidaan myös nähdä seniorirolina, jossa kokenut lääkäri valitaan johtajaksi edustamaan ammatikuntaa.

Haastateltavien johtajaksi kasvun kertomusten pohjalta on tunnistettavissa työuran motivaatiotekijöihin ja orientaatioihin liittyviä *kasvukertomusten/-tarinoiden tyyppejä*. Esittelen tämän alustavan tyypittelyn tässä väitöstudiumissa lyhyesti. Sitä on tarpeen tarkastella jatkotutkimuksella.

Jotta aineisto voisi palvella jatkotutkimusta, on tehtävä läpinäkyviksi metodologiset valinnat ja tulkintojen tekeminen, sisältäen harkinnassa olleet vaihtoehtoiset tulkinnat, sekä mahdollistettava tarvittaessa pääsy raakahavaintoihin (Kohler Riessmann 2008: 195–196). Yin (2009: 45) toteaa, että

”tutkimusta olisi toteutettava niin kuin joku olisi jatkuvasti katsomassa olan yli”. Olen tässä luvussa perustellut metodisia valintojani sekä kuvannut aineiston muodostumisen ja analyysin vaiheita ja mahdollisuuksia. Pääsy alkuperäiseen raaka-aineistoon on turvattu dokumentoinnin avulla. Arvioin tutkimustulosteni luotettavuutta pääluvussa 5.

## 4 TUTKIMUSTULOKSET

Kuvasin edellä pääluvussa 3, että haastattelujen tuloksena muodostui neljä teemakokonaisuutta. Esittelen tutkimustulokseni pohjautuen seuraavaan sisältöjaotteluun: *työuran merkitykselliset tapahtumat* (4.1), *johtamisrooliin päätyminen* (4.2), *substanssiosaaminen ja sen jatkuva ylläpitäminen: valkoinen takki* (4.3) sekä *johtamistyön motivaatiolähteet ja johtajaksi kasvun ”viisi prototyyppiä”* (4.4).

### 4.1 Työuran merkitykselliset tapahtumat

Niin kuin väitöskirjan alussa olen kuvannut, yksi mielenkiinnon kohteistani on terveydenhuollon kahden keskeisen profession, lääkäreiden ja hoitajien, yhtäaikainen tarkastelu yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien löytämiseksi. Jo analyysivaiheen alussa oli nähtävissä, että osa työuran merkityksellisiksi koetuista tapahtumista näyttäytyi merkityksellisinä ammattiryhmästä riippumatta, kun taas osa oli selkeästi ammattiryhmäsidonnaisia. Ryhmittelen ammattiuran merkitykselliset tapahtumat kahteen kategoriaan: *ammattiryhmästä riippumattomat* (4.1.1) ja *ammattiryhmäsidonnaiset* (4.1.2) tapahtumat. Käsittelen ammattiryhmäsidonnaisissa tapahtumissa sekä erityisesti lääkäreille tärkeät tapahtumat että erityisesti hoitajien merkityksellisiksi kokemat tapahtumat.

#### 4.1.1 Ammattiryhmästä riippumattomat tapahtumat

Sekä hoitaja- että lääkäritaustaiset vastaajat pitivät *organisaatiomuutosta* sikäli merkityksellisenä, että se joko mahdollisti johtajauralla etenemisen tai johtamiskokemuksen kertymisen muutoksen valmistelussa. Organisaatiomuutos saatettiin kokea vaikuttavana myös siksi, että se haittasi johtajana toimimista. Tutkimukseni kohdeorganisaatio on käynyt läpi useita organisaatiomuutoksia, haastattelujen toteutushetkellä tuoreena muutoksena oli vuoden 2015 alusta siirtyminen osaamiskeskuspohjaiseen organisaatorakenteeseen. Yliopistolliseen sairaalaan tuli siinä yhteydessä kuusi tulosityksikköä. Eräs vastaaja totesikin, että on vaikea nimetä yhtä erityistä kohtaa, hän on nähnyt noin kuusi organisaatiomuutosta tänä aikana, ”tää on semmonen jatkuva evoluutiotarina lähinnä”. Organisaatiomuutosten tiheyttä kuvaa myös kommentti ”melkein joka vuodenvaihte joku heilahtanut”.

Organisaatiomuutoksen merkityksellisyys on voinut perustua joihinkin tavanomaisesta poikkeaviin olosuhteisiin, esimerkiksi että muutos onkin odotusten vastaisesti lähtenyt alhaalta ylöspäin. Myös on voitu kokea



merkityksellisenä, että on ollut merkittävässä roolissa muutoksen syntymisessä ilman muodollista asemaa.

Useimmat haastateltavat kertoivat, että organisaatiouudistus avasi paikkoja uusille ihmisille ja mahdollisti hakemisen kun esimerkiksi kaikki ylihoitajavirat tulivat uudelleen hakuun tai linjajohtajia haettiin.

Organisaatiomuutos on myös voitu kokea energian lähteenä (*vastausten perässä (h) = hoitajataustainen vastaaja ja (l) = lääkäritaustainen vastaaja*):

- ”ne organisaatiomuutokset, ihmiset keskimäärin pelkää, mutta olleet minulle energianlähteitä” (h)
- ”energian lähde myöskin se muutos” (h)

Organisaatiomuutoksen valmistelu on koettu hyödyllisenä oppimiskokemuksena ja vaikuttamisen mahdollisuutena. Yksittäisenä hyödyllisenä kokemuksena mainittiin muutostyöryhmän sihteerirooli.

Kokemus organisaatiomuutosten sujuvuudesta vaihtelee mukavasta haitanneeseen:

- ”tämä ... muutos meni ihan mukavasti” (l)
- ”tää viimeisin organisaatiomuutoskin on haitannut... muuttunut tosi hajanaiseksi, työssä muutenkin paljon sälää... hallinnon rakenteiden himmelöityminen kuormittaa” (h)
- ”jos sais olla pari vuotta ihan rauhassa” (l)

Henkilöstön sitouttaminen muutoksiin nousi esiin. Todettiin, että työyhteisö on moniammatillinen ja aika konservatiivinen ja että toimintamallien muuttaminen on yleensä koettu hankalaksi. Henkilökunnan valmiudesta muutoksiin kannettiin huolta, erityisesti sen huolehtimisesta, ettei kenelläkään mene motivaatio.

Muutoksen kokemisen tarkastelu on erityisen kiinnostavaa tilanteessa, jossa sekä mikro- että makroympäristö ovat suurissa muutoksissa. Muutos koetaan pääsääntöisesti joko mahdollisuutena tai uhkana, joskus siihen suhtaudutaan neutraalisti. Haastateltavat voivat innostua muutoksista, koska ne tarjoavat etenemismahdollisuuksia tai tuovat uusia toivottujakin haasteita. ”Muutosjohtamis- ja kehittämisjutut” voidaan kokea merkityksellisinä, arkirutiinien pyörittäminen puolestaan tylsänä. Silloin kun muutos koetaan enemmän uhkana, reagoititapoja näyttää olevan useampia. Joillekin haastateltaville hyökkäys on paras puolustus, jotkut kuvasivat toimintaansa

enemmän puolustuksen kuin hyökkäyksen keinoin: ”... olen sikäli kova luu, että mun yli ei kävellä, oikeesti ei kävellä...”. Tietynlainen välinpitämättömyys ympärillä vallitseviin myllerryksiin näyttäytyy myös kertomuksissa: ”yks vaan kulkee ja tekee hommansa, täytyy antaa olla ja antaa vielä vähän lisää tekemistä ja mahdollisuuksia...” tai ”en mä tiedä, eihän tässä mitään haittaa ole... suhtaudun kaikkeen tyynen rauhallisesti, tehtävä jos on tehtävä.” Muutos sinänsä ei korostu kaikissa kertomuksissa, osa puhuu enemmänkin kokemuksen merkityksestä: jos ei ole kokemusta, ei ole mitään ”sablunaa”.

*Vaikeat/hankalat tilanteet* nousivat haastatteluissa johdonmukaisesti esille. Tavalla tai toisella haasteelliset tilanteet kuten henkilöstöjohtamisen vaikeat tilanteet tai säästövaateiden toteuttaminen mainitaan useissa vastauksissa. Henkilöstöjohtamisen vaikeista tilanteista ovat esimerkkejä piilojohtaminen, työilmapiiiriongelmat ja lakonuhka. Haastateltavat kuvaavat johtamisen inhimillistä puolta ja tilanteita, joissa ”aika kovaa tekstiä tulee päin naamaa” tai joku on lähtenyt vetämään joukkoja mukaansa. Muita mainittuja hankalia tilanteita ovat esimerkiksi toimintojen lopettaminen, suuren hankkeen käynnistäminen, hyvin suuren yksikön johtaminen, julkisuuden kohtaaminen ja osallistuminen uuden organisaatiomallin rakentamiseen.

- ”vaikeita casejä, toimintaan tai talouteen liittyvää... jos joudut olemaan mukana ja saat myönteiseen, järkevään lopputulemaan, motivoi kyllä” (I)
- ”... hoitotakuusakonuhka ja joutui miettimään keinoja... tuli tietoisemmaksi... se oli semmonen prosessi joka kyllä avasi sitä” (I)
- ”säästövaatteet aika kova koulu”, oppinut uusia asioita sekä johtamisesta että itsestään (h)
- ”... vähemmistö vie sun aikaa kaikista eniten, suurin osa menee huomaamattomasti.” (h)

Myös oma työpaikan vaihdos on voitu kokea hankalana, joko etukäteen ja/tai itse tilanteessa. Muutama henkilö kuvaa kasvattavana *tilannetta, jossa nousee kollegoiden joukosta yksikön johtoon*. Eräs hoitajataustainen vastaaja kuvasi kuinka aluksi hirvitti olla esimiehenä samalle porukalle, jonka kanssa oli tehnyt töitä. Toinen vastaaja, myöskin hoitajataustainen, kertoi että kateutta oli vaikea kohdata. Silloin kun meni vieraan porukan esimieheksi, oma rooli ”loksahti aika helposti”. Lääkäritaustaiset vastaajat kommentoivat seuraavasti:

- muutos ”mukavasta työtoverista paskaksi johdoksi oli aika vaikeeta” (I)

- ”yksi kaltaisista nousee vetämään sitä yksikköä niin ainahan se on kasvun paikka” (I)

Hyppäys ja loikka uralla mainitaan useamman kerran. Merkityksellistä tilannetta kuvataan käsitteillä ”hyppy tuntemattomaan”, ”aikamoinen hyppäys” ja ”pudotettiin veteen”. Uraharppauksilla viitataan tilanteisiin, joissa eteneminen tapahtuu ohi muiden tasojen tai henkilöiden. Myös johtamisesta ilman muodollista (esimies)asemaa joko yksittäisessä projektissa tai omassa roolissa kerrotaan haasteellisena kokemuksena.

*Sattuma, tilaisuus, muu mahdollisuus tai vaikeus nimetä mitään erityistä* muodostivat merkittävän ryhmän johtajauran vaiheisiin vaikuttaneita selittäviä tekijöitä. Lähes kaikki vastaajat kuvaavat sattumaa joko suoraan tai välillisesti. Vastauksissa esiintyy iso organisaatio ja sen tuoma mahdollisuus hakeutua organisaation sisällä erityyppisiin tehtäviin, esimerkkinä että sairaalassa on avattu uusi osasto. Siirtymiselle uuteen (johtamis)tehtävään on vastauksissa ollut syinä henkilön/edeltäjän eläköityminen, esimiehen vakava sairastuminen ja siitä seurannut sijaisuus tai että henkilön/edeltäjän lähtiessä tehtävään ei tullut muita hakijoita. Myös tilanne on saattanut olla sellainen, että on ollut pakko toimia kuten että työt eivät edellisessä organisaatiossa olisi jatkuneet ja piti hakeutua muuhun. Yhden asian johtaminen toiseen ja oleminen oikeaan aikaan oikeassa paikassa tulevat myös esiin vastauksissa.

- ”siitä se lähti vähän puoli niinku sattumalta” (I)
- ”ketju mielenkiintoista, josta on seurannut seuraava mielenkiintoinen” (I)
- ”miksi tulin tänne – paikkaa tarjottiin; en mä sitä tiedä, sulla pitää olla mahdollisuus ja olet oikeaan aikaan oikeassa paikassa” (I)

Sattuman vaikutuksen erottaminen muiden tekijöiden vaikutuksesta on yleisen kokemuksen mukaan hankalaa. Tätä pohti yksi lääkäritaustainen vastaaja toteamalla, että on ollut käänteentekevää kun on tarjottu pestiä tai väitöskirja-aihetta, on pitänyt sitä sattumana, vaikka onhan esimiehellä ollut joku ajatus.

Vastaajista suurin osa mainitsee *johtamiskoulutuksen*. Vastauksissa kuvataan johtamiskoulutuksen lisäksi myös perustutkintokoulutusta, jota en kuitenkaan käsittele, ellei sitä mainita nimenomaan merkityksellisenä johtajana kehittymisen kannalta. Muutama avoin johtamiskoulutus mainitaan useammin kuin kerran myönteisenä kokemuksena: TEJOKO (tarjoaja Aalto EE), Leadership Academy (Via Group), AaltoJOKO (Aalto EE) ja JET-koulutus (eri tahoja). Kokemusta ei yleensä kuvailtu, joitakin poikkeuksia lukuunottamatta: JET-koulutuksessa ”kissa nostettiin pöydälle” ja siihen sisältyi myös persoonallisuusanalyysijä. Lisäksi

Harvardin terveydenhuollon johtamiskoulutusohjelma mainittiin kahdesti, tosin koulutus oli haastatteluhetkellä vielä edessä. PD-tutkinto mainittiin myös kahdesti, samoin HUSin esimiesvalmennukset.

Johtajuusarviointeja/360-arviointeja ei maininnut kukaan haastatelluista. Osallistuminen persoonallisuusarviointeihin esimerkiksi koulutuksen osana mainitaan merkityksellisenä. Mentorointi mainittiin kahdesti, coaching kerran. Mentoroinnin osalta yhdellä vastaajalla oli suoritettuna HUSin mentorointikoulutus ja toinen toivoi itselleen mentoria. Coaching –kokemus liittyi ulkopuolisen tahon järjestämään coaching –valmennukseen, jonka osana HUSin ulkopuolinen coach tarjosi coachausta hoitajataustaiselle vastaajalle. Palaute tästä kokemuksesta oli erittäin hyvä. Työnohjauksen mainitsi kaksi hoitajataustaista vastaajaa. Toisessa tapauksessa kokemus oli yhteisestä työnohjauksesta kollegan kanssa ja prosessi oli tuonut erittäin hyvää vertaistukea, toisessa tapauksessa vastaaja oli käyttänyt muutaman kerran työnohjausta, mutta ”ei tiedä oliko siitä hyötyä”.

Yksittäisinä kommentteina tuli toive päästä MBA –koulutukseen, toteamus siitä että prosessikoulutukset on ainoita, jotka hyödyttää ja että kokemus hallinnollisesta erikoislääkäritutkinnosta oli erittäin hyvä. Sparrausta kaivattiin esimerkiksi siihen, miten olla lääkärijohtaja. Myös tuli esille, että oli hyödyllistä, että johtamiskoulutusta oli ollut jo maisterikoulutuksessa.

Kaiken kaikkiaan johtamiskoulutukseen liittyvät vastaukset ovat hajanaisia. Kouluttautumismahdollisuutta arvostetaan ja koulutuksen merkityksellisyys perustuu muun muassa itsevarmuuden ja tietoisuuden lisääntymiseen sekä motivaation kasvuun. Puheeksi tulivat myös perusjäsenyyksen merkitys ja ”käsitejärjestelmien” tarve.

*Omatoimisen opiskelun* mainitsi mielestäni yllättäen vain kaksi vastaajaa, yksi hoitaja- ja yksi lääkäritaustainen henkilö. Omatoimista opiskelua tapahtuu varmasti molemmissa ammattikunnissa paljon. Toinen vastaaja kertoi käyvänsä reflektiota itsensä kanssa koko ajan ja vaihtaneensa lukutottumukset lääketieteestä yhteiskunnallisen tilanteen ja bisneskirjallisuuden seuraamiseen. Toisessa vastauksessa todetaan ”paljon itseoppimistakin”, mikä näkyy esimerkiksi ahkerana lukemisena. Oppiminen poliittiseen päätöksentekojärjestelmään mainitaan muutaman kerran, ei tosin suoraan omatoimiseen opiskeluun liittyen.

Haastateltavien reflektiovalmiudet nousevat kuitenkin vahvasti esiin haastattelujen kuluessa. Moni kertoo itsetuntemuksen kehittämisen ja jatkuvan oppimisen tarpeesta. Itsensä johtamisen tarve ja asennoituminen jatkuvaan kehittymiseen näkyvät, esimerkiksi toteamuksessa ”koko elämä on oppimista”. Haastattelujen kertomusten sinällään voi myös sanoa olevan reflektion tulosta.

Nostan esiin vielä perehdytyksen, vaikka se ei kaikissa tapauksissa liittynytään suoraan johtajatehtävään perehdytykseen. Muutama vastaaja koki kuitenkin perehdytyksen puutteen johtajana kehittymistä haittaavaksi tekijäksi.

Käsittelen seuraavaksi *esimiehen antaman tuen* merkitystä. Esimiehen tuki on ollut hyvin merkityksellinen, kommentteja on annettu ammattiryhmästä riippumatta tasaisessa suhteessa. Esimiehen vaikutuksen mainitsee yhtä vastaajaa lukuunottamatta jokainen. Esimiehen tuki voi viitata aiempaan esimieheen tai esimiehen tuen puutteeseen tai esimiehen kokemiseen yhtäältä kannustavana, toisaalta haasteellisena tai pelottavana.

- ...”myöskin esimiehillä pitäisi olla esimies, joka miettii kehityskulkua ja on tukena” (I)
- ”ne henkilöt jotka on mua tukeneet, on olleet myös hyvin pelottavia; tänään tätä, huomenna toista...” (h)

Esimies on voinut innostaa omalla esimerkillä tai luomalla uskoa vastaajan osaamiseen. Esimies on voitu kokea merkittävällä tavalla tukea antavaksi, vaikka ”olen tehnyt kaiken toisin kuin hän”. Hyvä keskustelusuhde esimiehen kanssa nousee usein esiin merkityksellisenä. Erityisesti esimiesten merkitys korostuu kannustamisessa eteenpäin uralla, mikä mainitaan useita kertoja. Esimies on voinut antaa arvokkaita ohjeita tai on suoranaisesti kasvattanut seuraajaansa. Kaiken kaikkiaan esimiestyötä pidetään erittäin tärkeänä:

- ” silloinen esimies soitti ja sanoi että nyt on lähdettävä, sinulle ei ikinä anneta tällaista mahdollisuutta, vanhana kadut” (I)
- ”äärimmäisen tärkeää johtamiselle että on hyvä esimies” (h)
- ”pitkään ... luulin, että tärkeintä on saada ruohonjuuritaso mukaan, mutta pitkällä aikavälillä kyllä esimiehen pitää olla mukana ja lähiesimiehen tuki pitää saada” (I)

Palautteen mainitsee suurin osa vastaajista kun taas roolimallit tai esikuvat tulevat puheeksi alle puolessa haastatteluista. Palaute on voitu mainita merkityksessä ”harvoin tässä kiitosta tulee”, samoin roolimallin osalta yksi vastaaja toteaa, ettei hänellä ole roolimalleja kuten Florence Nightingale.

*Palaute* voi vastauksien mukaan tulla niin esimieheltä, alaisilta kuin asiakkailtakin. Palautteen merkitys tunnustetaan, vaikka sitä ei oman kokemuksen mukaan riittävästi tulisikaan. Toisaalta myös sisäinen motivaatio ja oma tunne siitä että asiat sujuvat voi riittää. Eräs lääkäritaustainen vastaaja totesi

myös, että palaute omalla erikoisalalla on hyvin välitöntä, mutta johtajarooliin se ei sisälly.

- "...parashan on tietysti se saatu palaute kulloisistakin tehtävistä" (l)
- "yksittäiset potilaspalautteet on tärkeitä tai lääkäri antaa palautetta toimivasta hoitajatiimistä" (h)
- "se palaute mitä kaikesta toiminnasta tulee ja mitä näkee niin koko ajan muokkaa mua itseäni" (h)
- "ok palaute omasta toiminnasta pienemmässä ympäristössä, se sit kuitenkin kannusti että voisikin tehdä sen tyypistä duunia" (l)
- "jos pomo olis sellainen että se kiittäis niin sekin olis hyvä, pomo kyllä kiittää, mutta erittäin harvoin. Jos nyt joskus alaisetkin sanois että tää oli hyvä juttu, sitä tulee erittäin harvoin, että alaiset kiittäis pomoa. Aika pitkälle riittää itse se tunne, että on tehnyt hyvää duunia." (l)
- "kyllähän sä itse tiedät pärjäätsä vai et sä pärjää... Eihän täällä juuri kukaan kiitä... ei pidä ajatella että ne mua moittii vaan yrittää ajatella että joku mättää ja vaikuttaa niihin kohtiin. Välittävät tuntemuksiaan." (l)
- "motivaation lähde on sisäinen, et en mä niin elä sillä sillä niinkun kiitoksella tai tämmösellä ... näenkö mä että mulle tärkeitä asioita toteutuu ja saanko mä niitä asioita menemään" (l)
- "... tietysti se palautekin, että palautteen kuunteleminen, sen pyytäminen ja ja sitte se vastaanottaminen. Ei oo helppoo, sitäkin pitää opetella" (l)
- "hirveen huono kysymään palautetta" (h)

Suhtautuminen palautteeseen vaihtelee kertomuksissa. Osalle haastatelluista sillä mitä muut ajattelevat ei ole suurta merkitystä tai on joutunut hyväksymään, ettei voi miellyttää kaikkia: "ei ole enää väliä mitä joku musta ajattelee", "ei ole enää kovin tärkeää, onko hyväksytty vai ei", "... en ole kauhean herkkä henkilöön käyvälle kritiikille", "kyllä mä ihan varmasti tallon toisten varpaille...", "mä en kauheasti kysy", "teflonpanssari" ja "... lopulta hyväksyy sen että teet sä mitä tahansa, niin aina on tyytymättömiä". Tämä suhtautuminen näyttää olevan seurausta haasteellisten kokemusten myötä kasvaneesta kritiikinsiedosta ja toisaalta sisäisen motivaation voimasta. Toisista tarinoista taas välittyy, että myös se on merkityksellistä mitä muut minusta ajattelevat. Nämä henkilöt kuvaavat tarkastikin tilanteita, joissa heitä on heidän kokemuksensa mukaan arvioitu tai tarkasteltu. Tunnistettavuuden ehkäisemiseksi en kerro niistä esimerkkejä.

Osa vastaajista kertoo tarvitsevänsä esikuvia ja auktoriteetteja kuten oma esimies, toisaalta myös huonot esimerkit mainitaan. *Roolimallit* tulevat kuitenkin selvästi harvemmin esiin kuin palaute. Haastattelukertomuksissa moni mainitsee mahdollisuuden rakentaa itse oma roolinsa, mikä saattaakin vähentää roolimallien tarvetta. Roolimallin merkitys näyttäisi myös korostuvan uran alkutaipaleella, sillä muutama vastaaja kertoo juuri uran alkuvaiheen kokemuksistaan. Tämä havainto ei ole yllättävä. Hoitajataustaiset vastaajat kertovat esimerkillään kannustavasta ja innostavasta osastonhoitajasta. Lääkäritaustaiset vastaajat kuvaavat erikoistumisvaihettaan:

- ”erikoistui... siellä oli yksi..., äkäinen nainen, huutava nainen ei minua häirinyt. Hoiti edistyksellisesti potilaita siellä.” (I)
- ”erittäin kokeneen kollegan erikoistuvana lääkärinä... vuoden verran selkeästi koulutettavana, hyvä kokemus... oppijana oppii samastumalla, tarvitsee esikuvia.” (I)

*Asenne* merkityksessä että on ollut rohkea ja ottanut haasteita vastaan tulee esille useita kertoja. Asenne ei ollut erillisenä teemana haastattelujen fokuksessa, mutta on ilmeistä, että pitää olla valmis ottamaan vastaan haasteita edetäkseen. Vastaajat kertoivat, että he uskalsivat irtisanoutua vakituisesta työsuhteesta tai uskalsivat ottaa vastaan määräaikaisten kiinnostavan tehtävän vakinaisen työn sijasta. Kokeilevaa asennetta kuvaa hyvin ”aina täytyy kattoo” –periaate.

Muita mainittuja mahdollisesti johtajana kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat kuuluminen lääkärisukuun ja mahdollisuus rakentaa omaa organisaatiota tai tiimiä. Lääkärisukuun kuuluminen tai kuulumattomuus mainitaan siinä merkityksessä, että sukutausta voi antaa tukea ja auttaa eteenpäin. Myös mahdollisuus valita oma tiiminsä nousi esille, vaikkakaan ei kovin selkeästi merkityksellisenä.

Haastatteluista on nostettavissa esiin myös ryhmä johtajana kehittymistä ja oppimista *haittaavia tapahtumia*. Nämä tapahtumat voi jakaa toisaalta *organisaation rakenteeseen ja toimintaan* liittyviin haittaaviin tapahtumiin tai tilanteisiin, toisaalta *ympäröivään maailmaan* liittyviin tekijöihin.

Yliopistosairaalan yksiköiden yhteensovittaminen niin että saataisiin kokonaisuuden näkökulmasta paras ratkaisu koetaan haasteeksi. Yhteisten pelisääntöjen noudattamisen tärkeys ja ohjohtamisen välttäminen mainitaan. Samoin todetaan, ettei tässä ”tuoteta lisäarvoa osakkeenomistajille” ja että on eri kuin osakeyhtiö, kun poliittinen rajapinta on hyvin lähellä. Prosessien muuttaminen koetaan hitaaksi kun ”tää on niin valtavan iso organisaatio”.



Perushierarkia ja organisaation kankeus mainitaan, byrokratia koetaan hankalana.

- ”yllätys että niin paljon joutavaa asiaa joutuu tekemään” (l)

Taloudellisten paineiden voidaan katsoa sijoittuvan organisaatiosta johtuvien ja toimintaympäristöstä johtuvien haittaavien tekijöiden leikkauskohtaan. Talous nousee useissa haastatteluissa esille. Konsernihallinnon todetaan kuristavan koko ajan otettaan ja säätelyn lisääntyvän kaikesta mahdollisesta. Hallinnon muutos on ”aiheuttanut harmaita hiuksia”:

- ”yliopistosairaalan pitää ottaa se tieto esille, kuka sen tiedon etsii jos me ei etsitä...pitäisi olla myöskin työnantajan puolelta mahdollisuus antaa penkomisaikaa, kaikki leanattu pois...” (l)
- ”pitää säästää tästä ja tosta, mutta sanokaa nyt sitten ketä potilaita ei hoideta” (l)
- ”substanssin vieressä olevat henkilöt tekevät ratkaisut ja jakaa rahat, tehkää mitä teette, pikkasen haittaava, olis itselläkin...” (h)
- ”... asioiden sopeuttamista ja välillä niukkuuden jakamista ja toisten näkökantojen ymmärtämistä...” (l)
- ”on ollut pakko oppia tekemään välillä ikävääkin resurssien jakamista” (h)

Lisäksi mainitaan hoitotyön ei aina niin optimaaliset mahdollisuudet edetä sairaanhoidossa, työilmapiiiriongelmat, henkilösuhteet, lääkärijohtamisen pönkittäminen ja väsymys.

Sukupuolen merkitys nousi haastatteluissa hyvin vähän esille. Yksi lääkäritaustainen vastaaja mainitsi sukupuolikysymyksen jonkin verran haittaavana tekijänä, hän totesi että ”naislääkärin ura on sellainen että tyttö ja sen jälkeen vaan vanhempi naislääkäri jolla on harmaa tukka”. Toinen haastateltava totesi, ettei ole pitänyt sitä mitenkään relevanttina, vaikka naispuoliset kollegat välillä muistuttavatkin asiasta. Sen sijaan hoitajataustaisista johtajista kukaan ei pohtinut nimenomaisesti sukupuolen merkitystä.

Puhtaasti toimintaympäristöön liittyvistä tekijöistä mainitaan sote-uudistus, mutta yllättävästi se ei juurikaan tule suoraan puheeksi. Ennemmin puhutaan yleisistä säästö- ja uudistuspaineista. Kuitenkin:

- ”jonkunlainen pelko... että kun tulee sote-uudistus...tulee muuttumaan koko systeemi, onko täällä töitä... mitkä portaot sitten poistuu... itse ei ole pelännyt... kuka koordinoisi isoja alueita” (h)

Työtyytyväisyys eri muodoissaan kuten tyytyväisyys ”omaan porukkaan” ja työtehtäviin mainitaan usein. Myös työn merkityksellisyys nousee esiin: työn sisältö tuo energiaa, miten hienoa työtä tehdään sairaalassa ja mitä hyvää tehdään yhteiskunnalle.

#### 4.1.2 Ammattiryhmäsidonnaiset tapahtumat

*Vain lääkäritaustaisille* vastaajille merkityksellisiä ovat olleet *työskentelyjakso ulkomailla* sekä *isot hankkeet tai tapahtumat*. Ulkomaanjakson mainitsee merkityksellisenä noin puolet lääkäritaustaisista vastaajista, vastaajista kaikilla ei ole ulkomaankokemusta, mutta sen puute on jäänyt harmittamaan. Ulkomaanjakso on vastaajien kertomusten mukaan tarjonnut kokemuksen siitä miten johdetaan asiantuntijaorganisaatiota, miten pärjätään kilpaillussa ympäristössä ja miten organisoidaan.

Ulkoisesti haasteellisiin tilanteisiin lukeutuvat myös kriisit ja julkisuuden paine. Hankalan julkisuudessa olleen tilanteen hoitaminen mainitaan kerran. Kriisitilanteen määrittely on tulkinnanvaraista, mutta mikäli kriisimääritelmän edellytyksenä on olla ulkoisesti haasteellinen tilanne, se ei esiinny kuin ylimmän johdon vastauksissa. Merkittävän *muutosprosessin hoitaminen* mainitaan isona hankkeena muutamia kertoja. Muutosprosessilla viitataan tässä toiminnan uudistamiseen liittyvään hankkeeseen, organisaatiomuutosta on tarkasteltu aiemmin erikseen. Muutosprosessi voi esiintyä yhtenä työuran merkittävimmistä kokemuksista:

- ”ihmeellinen jakso... ei muodollista esimiesasemaa, mutta erittäin isossa muutoshankkeessa mukana, ihmeellinen vaihe, ehkä parhaita jaksoja mun työuralla” (l)
- kuvaus ”totaaliuudistuksesta”: ”oman työuran suurin onnistuminen, että hasardi muutos meni niin kuin toivoimme” (l)

Haastattelujen perusteella *nimenomaan hoitajien* merkittäväksi kokemaa tukea johtamisen kehittymiselle voidaan kuvata käsitteellä *kollegiaalisuus*. Arala ym. (2015: 11) mukaan ”kollegiaalisuus kuvaa ammattilaisten välisten suhteiden merkitystä” ja siihen voidaan sisällyttää arvot luottamus, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja kohtuus. Sairaanhoidajaliiton Sairaanhoidajien kollegiaalisuusohjeissa (2014) todetaan, että hoitotyön esimiehillä on vastuu

kollegiaalisuutta tukevien rakenteiden luomisesta (Arala ym. 2015: 20). Kollegiaalisuus näkyy haastatteluissa esimerkiksi seuraavasti:

- ”kaksi kollegaa kannustaneet” (h)
- ”urakehitykselle suuri merkitys että on henkilökunnan tuki sille johtamiselle” (h)
- vanhemman hoitajan yksi lause ”sinusta tulee hyvä esimies” on kannatellut ja sillä on ollut suuri merkitys vastaajalle (h)
- ”enhän mä yksinäni, tukea osastonhoitajilta, onnistuminen siitä että tehdään yhdessä” (h)
- ”kollegiaalinen tuki” (h)
- ”jos jostakin kollegiaalista tukea, tulosityksikkörajat ylittävää...” (h)

Kaiken kaikkiaan *muiden kuin esimiesten antaman tuen* merkitys korostuu hoitajataustaisten vastauksissa. Yhteensä näitä joko tuen lähteen tarkasti nimeävää tai passiivissa esiintyvää mainintaa (”kannustettiin hakemaan ylihoitajavirkoja”) tuli runsaasti. Tässä on huomioitava, että samalta henkilöltä saattoi tulla useampikin ryhmään kuuluva maininta. Hoitajat mainitsevat tuenantajina esimerkiksi lääkärijohdon ja yhtymähallinnon:

- ”viesti lääkärikunnalta että hae paikkaa” (h)
- ”meidän työpari toimii hyvin” (h)
- ”... hyvä kun on oppinut tuntemaan yhtymähallinnon tukimahdollisuudet ... ovet auki, löytänyt väylät, keneltä pyytänyt apua tai neuvoa” (h)
- ”välitön yhteistyö lääkärijohdon kanssa” (h)

Lääkäritaustaisen vastaajan näkökulmasta hoitotyön kollegiaalisuus näkyy erityisesti osastonhoitajan ja ylihoitajan välillä vallitsevana ”100 % luottamuksena”.

Lääkäritaustaisten vastauksissa mainitaan joukko keskeisiä keskusteluja avainhenkilöiden kanssa tai kuvataan kokeneen kollegan antamaa tukea kuten edeltäjän toteamus ”kyllähän sä osaat”. Yhtymähallinnon tuki mainitaan esimerkiksi budjetin tekemiseen liittyen, samoin ammattiyhteisön antama tuki. Yksi vastaaja toteaa, että ”mulla on hirveän hyvä sihteeri”.

Hoitajataustaisen silmissä myös lääkäreiden kollegiaalisuus voi näyttäytyä voimakkaana: ”lääkärit niin jumalattoman kollegiaalisia...”.

Sekä hoitajilta että lääkäreiltä tulee myös kriittisiä kommentteja tukeen ja sparraukseen liittyen:

- ”vapaus hauskaa, kääntöpuoli ei saa tukea” (h)
- ”itse asiassa sitä on aika huonosti... se että johtamisesta oikeasti on tehty työ niin se on kuitenkin aika uus asia” (l)

Myös ”kumppanuusjohtajuudesta” eli lääkäri-hoitajatyöparina johtamisesta todetaan, että yhdessä tekeminen onnistuu harvojen kanssa, eikä ole automaattista.

Merkityksellisten työuran tapahtumien osalta haastattelujen yhteenvedona voi todeta, että erityisesti lääkäreille merkityksellisiä näyttävät olevan henkilökohtaiset yksilötapahtumat kun taas kollegiaalisuuden ja ryhmän tuen merkitys korostuu hoitajataustaisten vastauksissa. *Esimiehen tuki, oppiminen hankalista tilanteista* sekä *palaute* koetaan yhteisesti merkittävinä. Organisaatiomuutokset on myös koettu tärkeinä uusien etenemismahdollisuuksien tarjoajina.

Kuvaan seuraavaksi alaluvuissa 4.2, 4.3 ja 4.4 johtajien kertomuksia johtajuusidentiteetistään ja sen rakentumisesta sekä johtamisrooliin ja –työhön liittyvistä pohdinnoista. Esiin nousee sekä johtamisrooliin päättymisen/hakeutumisen että siinä toimimisen teemoja.

## 4.2 Johtamisrooliin päätyminen

Hoitajilla on kelpoisuusvaatimusten takia viimeistään tiedekorkeakoulu-opintoihin hakeutuessaan ollut suunnitelma johtajaurasta tai ainakin sen mahdollisuudesta.

Lääkäritaustaisten vastaajien osalta tilanteet vaihtelevat. Joillekin vastaajista johtamisura on ollut selvä valinta aivan alusta pitäen:

- ”kyllä mä olin niin kun ollut kiinnostunut esimiestehtävistä jo aiemmin”
- ”se tulee orientaationa”
- ”tavallaan itsestään selvää, että joskus musta tulee ylilääkäri jonnekin... ei muita vaihtoehtoja”

- ”on se (johtajuusidentiteetti) orientaatio”
- ...”tein dosentuurin, apulaisylilääkäriksi, se oli kyllä selkeä suunnitelma miten eteenpäin... Nuoresta ensin alitajuntainen ja sitten tietoinen pyrkimys jonkintasoiseksi johtajaksi, ei välttämättä näin isoksi johtajaksi kun on nyt.”

Osalle lääkäreistä johtamisura on muodostunut kiinnostavaksi ja haluttavaksi hieman myöhemmässä vaiheessa, esimerkiksi kannustuksen tuloksena:

- ”apulaisylilääkäri työ hyvää harjoitusta, ei ollut esimiesvastuuta, työnjohdollinen vapaus tai valta. Silloin ekan kerran tajusin, että sillä voi tehdä hyviä asioita, pääsi vaikuttamaan, ihmisten oli pakko kuunnella mitä mä sanoin. Kokemus, joka sai haluamaan ylilääkäriksi...”
- ”... mun oma identiteetti oli aika pitkälti klinikko... siitä se (johtamisura) lähti vähän puoli niinku sattumalta... kyllä kai se on kuitenkin halu saada jotakin aikaan ja sitten kuitenkin vielä sekin kun jokin asia toimii tai kun on joku pattitilanne ja et oikein tiedä mitä teet ja kun se vyyhti jostakin päästä aukeaa ja saat selityksen, palkitsevaa – vähän niin kuin diagnostiikka siinä kliinisessä työssä ai tää on tää juttu”
- ”haluaako hakea ylilääkärivirkaa, ei aikonut hakea... sitten ... NN ... alkoi puhua asiasta ja ”kyllähän sä osaat”. Ajattelin että kokeillaan... mieltää itsensä enemmän esimieheksi ja vähemmän potilaita hoitavaksi lääkäriksi ja haluaa kasvaa henkilöjohtamisessa”
- ”melkein se niin on että kun teet viisi vuotta jotain hommaa... asteittain toimenkuva laajentunut, luonnostaan, kun sä yhden tason näet niin jos ei säily mielenkiinto yllä niin ei sitä kannata tehdä sitä työtä.”

Haastattelujen perusteella näyttää siltä, että vain muutamalle lääkärivastaajalle johtamisrooli ei ole ollut luontainen valinta tai he sijoittuvat eräänlaiseen välimaastoon johtamisroolin haluttavuuden osalta.

- ”Ajautunut johtajaksi, ei ole ollut sellainen nuoruuden haave... johtajuus tullut ammatillisen osaamisen kautta, meriitti, kun olet hyvä klinikkona, miksi et voisi rueta johtamaankin. Ei ehkä ihan paras tie johtajaksi. Tyydyttävä kompromissi.”
- ”kun en ole ajatellut olevani johtaja niin en ole erityisesti sitä (johtajuusidentiteettiä) rakentanut ... onhan se medisiina niin kiehtovaa”

- ”Varmaan se on luonteesta kiinni myöskin, mutta aina voimakas halu tehdä asiat jotenkin järkevästi ja sitten se varmaan lähtee ohjaamaan aika pitkälle... en ole halunnut pakoilla vastuuta kun jonkun pitää tehdä likaiset asiat. Jos ei meidän omasta keskuudesta tule johtajia, on meidän vika ja turha valittaa ettei kauppatieteilijät ymmärrä lääketiedettä tai hoitotiedettä.” Sama haastateltava totesi kuitenkin että ...”kehityskaari kuitenkin... voi kuvata portaittaisenakin, on jatkumo”.
- ”... ei se ole joku tietty valinta et rupeanpa johtajaksi... se (johtajuusidentiteetti) ei ole semmonen driveri... se lähtee kuitenkin sen yhteisön palvelijan, johtajuus käännettynä vähän niin kuin toisin päin et miten voi auttaa niitä työntekijöitä onnistumaan parhaalla mahdollisella tavalla siinä tärkeässä tehtävässä eli potilaiden hoidossa... tää ei oo mikään johtajasoolo.”

Vertailtaessa näitä sattumalta johtamistehtäviin/hybridirooliin päätyneiden kuvauksia McGivern ym. (2015) kolmeen polkuun (ks. alaluku 3.3), reaktiivinen ammatillinen velvollisuus nousee esiin. Johtamisrooli on otettu vastaan kun ”jonkun pitää tehdä likaiset asiat” ja toisaalta pitää varmistaa että johtajaksi tulee joku ”meidän omasta keskuudesta”.

Selkeä enemmistö on siis aktiivisesti hakeutunut joko työuransa alusta tai viimeistään sen ”puolivälistä” johtamistehtäviin. Ilmiötä voi selittää se, että haastateltavien joukko kuuluu ylempään keskijohtoon ja ylimpään johtoon. Johtamisuraa on siis todennäköisemmin ehditty rakentaa edetessä tehtävästä toiseen. Erään vastaajan kuvauksen mukaan polkuun johtajaksi on vaikuttanut sekä oma halu että organisaation antama mahdollisuus.

Hoitotyön johtaminen näyttää haastattelujen perusteella selkeämmin vakiintuneen kokopäiväiseksi johtamistehtäväksi verrattuna lääkärijohtamiseen. Lääkärijohtajien kohdalla keskustelu hybridiroolistista on keskeinen ja hyvin ajankohtainen.

#### 4.3 Substanssiosaaminen ja sen jatkuva ylläpitäminen: valkoinen takki

Keskeisiksi pohdinnan kohteiksi haastatteluissa nousivat kysymykset klinisen työn tekemisestä johtamistyön rinnalla sekä vaatimukset substanssiosaamiselle.

Jokaisen lääkäritaustaisen vastaajan kanssa tuli puheeksi *valkoinen takki* eli suhde oman alueen kliniseen työhön.

*”... on vaikeaa luopua siitä valkoisesta takista tai omasta identiteetistä kun on se lääketieteellinen koulutus kuitenkin... se mikä eniten helpotti oli se että jonakin päivänä nosti valkoisen takin naulaan.”*

Ajankäyttöpaineen takia kysymys oli ymmärrettävästi noussut esiin ja ratkaisutavat siihen vaihtelivat. Selkeästi suurin osa lääkäreistä kertoi päätyneensä olemaan jonkin verran kliinisessä työssä mukana tekemällä esimerkiksi vastaanottotyötä, päivystyksiä tai tutkimustoimenpiteitä. Toteamuksena sanottiin esimerkiksi, että on ”edelleen hyvä tuntuma kliiniseen työhön”. Harva oli jättänyt kliinisen työn kokonaan tai vastaavasti kertoi tekevänsä kliinistä työtä intensiivisesti.

Eräässä vastauksessa korostui yliopistosairaalan rooli:

- ”... yliopistosairaala, jonka tehtävänä on tutkia, opettaa ja hoitaa potilaita, en osaa pääsääntöisesti erottaa. Jos ohjaan erikoistuvaa lääkäriä, olenko lääkäri, opettaja vai mitä, kokonaistehtävä”

Lääkäri-identiteetistä todettiin, että siinä on syvällä yksityisyys ja autonomia lääkärin ja potilaan välillä ja että johtamistyössä on kuitenkin pakko päästä rikkomaan tätä ”pyhää yhteyttä”. Sitä voi helpottaa toimimalla jonkin verran myös itse lääkäriroolissa. Vaikka nähtiin, että johtajan ammattitaidon pitäisi olla johtamistyössä eikä kliinisessä työssä, kliiniseen työhön osallistumista pidettiin signaalina muille. Osallistuminen antaa syvyyttä siihen mitä tapahtuu, esimerkiksi aistimalla omakohtaisesti muutosvastarintaa. Todettiin, että on myös helpompi tehdä negatiivisia päätöksiä, jos ne ikäänkuin hieman koskettavat itseäkin kliinisessä roolissa.

Kädentaidosta luopuminen koettiin isona kynnyksenä ja hyvin tärkeänä asiana nousi esiin uskottavuus:

- ”katu-uskottavuutta ei oo, jos et sä uskalla leikata”
- ”se on selkee plussa, että ... olis pieni linkki siihen itse substanssi-osaamiseen, se lisää uskottavuutta asiantuntijaorganisaatiossa ja johtamisessa”

Johtamiseen keskittyminen nähdään oleellisena, joskin haasteellisena:

- jonakin päivänä ymmärtää sen että ”... hoitavana kliinikkona voi auttaa yhtä potilasta, mutta mutta johtajuuden ja päätösten kautta voikin ehkä auttaa useampia potilaita ja luoda edellytykset työyhteisölle tehdä niitä töitä”



- ”se sun potilaas on älyttömän tärkeä, mutta ajattelen näitä 6000 potilasta että ne saa ajoissa hoidon”
- ”jos sä olet yleisjohtaja, eihän sulla ole jäsenkirjaa ... jos ei oo sitoutunu omaan kollegakuntaansa ni ei tartte surrakaan niitä”
- ”porukan respektiä et voi enää klinikkona saada vaan se pitää saada johtajana, erittäin vaikeaa, pitää olla todellinen johtajatähti”

Toteamus työminän ja pomominän erillään pitämisestä, koska ”johtajaroolissa tulee aina reaktioita” kuvaa hyvin klinisen työn ja johtamisroolin yhdistämisen haasteellisuutta.

Hoitajataustaiset vastaajat ovat ylihoitajan tai johtavan ylihoitajan roolissa eikä itse hoitotyöhön osallistuminen kuulu heidän toimenkuvaansa. Vastaajien tilannetta kuvannee hyvin seuraava kommentti:

- ”... tietoinen kaikesta, mutta ei tarvitse olla fyysisesti mukana. Helpottaa jos olen ajan tasalla, helpompi hypätä kun tarvitaan mun natsoja.”

Hoitajataustaisten haastatteluissa nousi kuitenkin esiin substanssiosaamisen merkitys johtamistyön edellytyksenä. Alan tunteminen koettiin mielekkäänä:

- ”ylihoitajan pitää olla ensin osastonhoitaja, pitää ymmärtää substanssi mitä johtaa – lukiosta lähtee maisteriksi ja tulee suoraan ylihoitajaksi eikä ymmärrä sitä käytännön työtä, kauhistuttaa.”

Haastateltavat eivät kuitenkaan olleet yksimielisiä vaan myös ammattijohtajuus sai tukea:

- ”Aina ollut ammattijohtajuuden kannalla, en näe tärkeänä että pitää olla asiantuntija siinä alalla, meillä vallalla ajatus ettei voi olla osastonhoitajana ellei ole ollut osastolla töissä. Kyllä voi olla, olen itse sen kokenut... hoitajilta tulee vielä että miten sä voit olla meidän ylihoitaja kun et tiedä mitä me tehdään, jopa ylihoitajan pitäisi olla siellä töissä”

Hoitotyön johtamisessa substanssikysymystä on tarpeen tarkastella myös resurssoinnin kannalta. Yksi hoitajataustainen vastaaja kuvaa systemaattisen urakierron käytäntöä, jossa hoitajat saavat laajaa kokemusta ja osaamista. Hänen mukaansa hoitajat ovat kokeneet käytännön hyvänä ja ennakkokäsityksiä vähentävänä. Lääkärिताustainen vastaaja puolestaan kertoo, että on vaikea olla osastonhoitaja jos ei tiedä mitä siellä tehdään. Hän toteaa kuitenkin, että osastonhoitajat vaihtavat paikkaa jonkin verran.

Valkoisen takin kysymys kytkeytyy myös laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon alalla käytävään keskusteluun substanssiosaamisen tarpeesta ja alan ulkopuolelta tulevista johtajista. Lääkärिताustaisten kertomuksissa tähän otettiin kantaa toteamalla, että klinikan johdossa pitää tietää klinikan perusteet ja tuntea minkälaista porukkaa johtaa ja minkälaisia potilaita klinikalla on. Johtajien tuominen joltain muulta alalta koettiin ”toivottomana” tai ”huomattavan helpottavaa jos on alan oikeasti osaava ihminen johtajana” ja ”... ettei tarvitse selittää perusekonomille”.

Useat haastateltavat pohtivat aktiivisesti substanssin merkitystä johtamiselle keskijohdossa:

- ”keskijohdossa on alttiina kritiikille, joten pitää olla vahva ihminen, pitää olla kiinnostus sekä substanssiin että johtamiseen”
- ”Terveystenhuollon kohtalonkysymys: jotta sairaaloiden johtaminen voi olla tuloksekasta ja tuottaa yhteiskunnallista hyvää on tosi tärkeää että lääkärikunnasta nousee lääkärijohtajia”
- ”Lääketieteen puolelta pitää tulla substanssiosaaminen kun mennään potilasturvallisuusasioihin, lääketieteelliseen laatuun, lääkkeisiin ym., tiimin kanssa työskentely”
- ”... liian monimutkainen peli jos joutuu aloittamaan aivan alusta. Mikä näyttää helpolta muutettavalta seikalta pitää takanaan dominoefektin, ei olekaan sitä miltä näyttää puhtaasti taloussilmin katsottuna.”

#### 4.4 Johtamistyön motivaatiolähteet ja johtajaksi kasvun ”viisi prototyyppiä”

Aineistoni johtajat kuvasivat monipuolisesti johtamistyön motivaatiolähteitä ja johtamistyön merkitystä itselleen. *Vaikuttamisen halu* korostuu monissa kertomuksissa yhtenä keskeisenä johtamistyön motivaatiolähteenä. Yksi vastaaja esimerkiksi totesi olevansa hyvä klinikko, mutta jos haluaa oikeasti vaikuttaa asioihin, pitää tehdä jotakin muuta kuin sitä. Toinen vastaaja kertoi haluavansa valtaa ja käyttää sitä oikein. Vaikuttamisen halu tulee esiin sekä hoitaja- että lääkäritäustaisilla vastaajilla, halutaan saada aikaan, kehittää ja tehdä asioita järkevästi, esimerkiksi auttamalla johtamistyön kautta useampia potilaita - ”ei ole halua pomottaa vaan johtaminen kiinnostaa”. Mahdollisuus rakentaa oma tiiminsä koetaan yhtenä vaikuttamisen ja vallan muotona: ”olen saanut tiimiä rakentaa... avainhenkilöt olen saanut itse rekrytoida ja muodostaa tiimien tehtävät”. Myös toimintatila käsitteenä mainitaan joko niin että se voidaan

käsittää liian laajaksi ymmärtämättä, että se pitää turvata omalla toiminnallaan tai että toimintatila voi jäädä liian ahtaaksi.

Haastatteluissa tulee esiin, että ”alaiset ovat fiksua jengiä”, he sitoutuvat puhumalla ja tekemällä ja tuottavat vaihtoehdot itse. Esimerkiksi lääketieteen substanssin kehittymistä ei tarvitse johtaa. Luottamuksen ansaitsemisesta puhuu moni haastateltava. Päällikkyys ei välttämättä ole yhteisön arvostamaa ja ”porukan respekti” tarvitaan:

- ”en rupee heti sekottamaan tai mylläämään vaan tutustun ja voitan ihmisten luottamuksen”
- ”ihmiset kuitenkin luottaa että saan ne asiat hoidettua”
- ”... tehdä tarpeettomaksi itsensä jossakin määrin, sehän osoittaa vaan luottamusta, että antaa valtaa eikä sorru mikromanageeraukseen eikä sorkki väliin... Pitää valita semmoset henkilöt niihin tehtäviin, kehen luottaa täysin.”
- ”Sitten tuli semmonen vaihe, että ajatelkaa ihan itekin, en ehdi ihan kaikkeen paneutua... luottamussuhde on ihan välttämätön”

Vaikuttamisen halu tulee esiin myös suhteessa organisaation sisäisiin kehittämishankkeisiin kuten asiantuntijaryhmäjäsenyyksiin. Niihin kutsutaan, mutta myös haetaan, yhden vastaajan mukaan ”vain niihin missä sydän on mukana”.

*Urallaeteneminen* ja uraetappien saavuttaminen näyttäytyy merkittävänä motivaatiolähteenä, erityisesti ryhmälle hoitajataustaisia vastaajia:

- ”olen käynyt läpi kaikki esimiesportaavat mitä terveydenhuollossa on”
- ”... tavallaan taas uralla eteenpäin menemistä... uralla menin eteenpäin... se vuosikymmen oli kasvamista nykyiseen tehtävään”
- ”mitä enemmän on käynyt koulutuksia sitä enemmän sitä osaamispääomaa on saanut ja kiinnostus kasvanut johtamisasioissa... haluan että mulla on valtaa, haluan käyttää sitä oikein, se kiehtoo kuitenkin se esimiehenä oleminen...”
- ”... ura lähtenyt siitä, että ensin... hän potki eteenpäin... niin merkityksellinen ja mielenkiintoinen työ, en sitten ota sitä vakituista työtä vaan otin sen 3-4 kk joka mulle luvattiin... olin kaikista nuorin...”

Etenemisen mahdollisuudet motivoivat näitä haastateltavia. Hoitotyön esimiestehtävät on yliopistosairaalassa portaistettu hyvin selkeästi: apulaisosastonhoitaja, osastonhoitaja, ylihoitaja, johtava ylihoitaja. Tarinoissa toistuu myös sijaisuuden mahdollisuus tapana päästä kokeilemaan seuraavaa esimiestasoa. Etenemisestä motivoituvat näyttävät olevan valmiita ottamaan riskejä kuten määräaikaisuuksia, heitä myös energisoi mahdollisuuksia sisältävä muutos.

Johtajaksi kasvu on voitu kuvata pääosin *ammattitaitoon ja työteliäisyyteen* pohjautuvaksi, jolloin oma ammattiosaaminen ja sen näkyminen toimivat myös johtamisroolissa keskeisinä motivaatiolähteinä. Johtajuus on kasvanut ammatillisen osaamisen ja asiantuntijuuden kautta, ei ole ollut ”hakua sinänsä hallintoon tai esimiestehtäviin”. Uralla eteneminen ei ole ollut tärkeää vaan sisältö, hallinnon sijasta on kiinnostanut järjestäminen ja kehittäminen.

- ”pitkään ajatteli, ettei hakeudu esimiestehtäviin vaan oli mieltänyt itsensä asiantuntijaksi”
- ”osaaminen noteerattu laajemminkin... kulkenut esimerkiksi luennoimassa”
- ”... pitää vaan yrittää niin paljon kuin oma kapasiteetti kestää, koota niitä faktoja ja miettiä sitä kokonaisuutta”
- ”esittelen itseni aina lääkärinä, se tulee siitä että osaan oman substanssin eli lääketieteen hyvin... on tarjottu seuraavaa tehtävää, ei ole mennyt pieleen”
- ”... liikaa vaadin itseltäni, rima tosi korkealla itselle... kun tulee kokemusta, tulee varmuutta, näitä hommia mä olen tehnyt, nää mä osaan... hitsi soikoon, kukaan ei näe miten paljon mä teen töitä. Omaa hölmöyttä, voisihan sen tehdä näkyväksi... Olisi joskus hyvä miettiä miten se johtajana kasvu on tapahtunut, on tapahtunut ajan ja sen tekemisen kautta, en ole mielestäni systemaattisesti rakentanut... ”
- ”mulla ei ole tapana riidellä, vaikka turpaan on tullut, en näytä itkemistä... mähän olen ihan kehittäjä... olen jonkinlainen tarkkailija, en ole ensimmäisenä suunapäänä... ei auta jäädä, että nyt meillä on kaikki valmista.”

Ammattitaidosta ja aikaansaamisesta erityisesti motivoituvat haastateltavat kertovat opetustehtävistä, kirjoittamisesta, konferenssien järjestämisestä ja muusta ammattitaitoa esille tuovasta toiminnasta. Ammattikuntaidentiteetti

korostuu – eräs vastaaja totesi johtamisroolistaan, ettei ole varma onko oikeassa tehtävässä kun ei tee sitä missä olisi paras. Vastaajat ovat sekä hoitaja- että lääkäritaustaisia.

Osa haastateltavista, sekä lääkäreitä että hoitajia, kuvaa johtajana kasvuaan nostamalla esiin erilaisia ”taisteluita”, jotka ovat päättyneet heidän voitokseen. *Haasteiden/taisteluiden voittaminen* motivoi:

- ” ne tilanteet, joissa on ollut pakko muistuttaa itselleen, että joukkoja johdetaan edestä... en oikeastaan enää kauhistu mistään...”
- ”... pitää tähän poteroon ampuu, jos haluaa päästä musta eroon... Sain tämän (hankkeen) kehitettyä tulen alla ihan yksinään... ei perkele et ihan yksinään sai vääntää”
- ”oli todistamassa sitä kaaosta... NN kanssa käynnistettiin, minä käynnistin sen... panostettiin... sillisalaattia leikattiin yöllä... saatiin nopeesti pysähtymään ja kasaantumaan... se oli upeeta aikaa... se oli hienoa, ilman semmosta porukan tukea ei olisi ikinä pystynyt siihen”
- ”ei koskaan lähtenyt edes miettimään sitä mistä se johtamisidentiteetti nousee. Ajan hengessä, mä oon innokas, silloin lähtee laittamaan itsensä peliin ja likoon... en ole ollut näkymätön, mä meen täysillä sitten kun mennään jonnekin, laitan itseni likoon... yksikään lääkäri ei kävele ylitse...”

Haastateltavat voivat kuvata tarkasti tiettyjä ankariakin taisteluita, joissa heillä on ollut ikään kuin hyökkääjän rooli kun taas toisilla korostuu itsensä likoon laittaminen enemmänkin omaa asemaa puolustamalla. Työtehtävien mahdollistama *sankaruus* uusissa tai haasteellisissa tilanteissa kiinnostaa ja näissä tarinoissa esiintyy toteamuksia tai käsitteitä kuten ”arkirutiinien pyörittäminen tylsää”, ”töyhtöjen torjunta”, ”pystyy ajattelemaan uudella tavalla”. Tarinoissa tulee vahvasti esiin myös omistajuus ”... se on mun juttu” ja ”juttu on mun ja minä tiedän mitä tässä tapahtuu”.

Nostan vielä esiin haastatteluissa usein mainitun jaksamisen teeman, koska se näytti ymmärrettävästi liittyvän vahvasti johtamismotivaatioon. Jaksaminen ilmeni sekä huolena oman henkilöstön jaksamisesta että henkilökohtaisesta jaksamisesta. Henkilöstön jaksamisesta huolehditaan esimerkiksi resurssien turvaamisella, toimintatapoja kehittämällä ja loppuunpalamisen ehkäisemisellä:

- ” olen pomona kannustava ja luonteeltani innostava... en anna ohjeita loppuun asti ihmisille, heikkous etten tarvittaessa osaa huomata sitä että on ihmisiä, jotka tarvitsee niitä”

Johtajan omaa jaksamista tarkasteltaessa esiin nousevat esimerkiksi johtajan yksinäisyys ja näkyminen henkilöstölle. Yksin olemisessa nähdään niin etuja kuin haittojakin:

- ”päätöksenteko helpottuu mitä korkeammalle ja kauemmas menee, ei tunne työntekijöitä... osastonhoitaja on melkein kuin äiti ja ylihoitajana päässyt siitä äitiroolista”
- ”mä oon aina tullut ihmisten kanssa toimeen ja viihdyn ihmisten kanssa, mutta sitten on hetkiä, jolloin ei ole ketään”

Toisaalta johtajana ei ole enää kavereita työyhteisössä ja monen asian parissa joutuu painimaan yksin. Siitä koetaan riittämättömyyttä, että ei ehdi näkyä henkilöstölle ja käydä esimerkiksi kahvilla. Osa haastateltavista on tämän hyväksynyt.

Laajemmin jaksaminen liittyy näkemyksen kaventumisen riskiin ajan kuluessa. Jos on liian pitkään samassa paikassa, innovaatio ja kehittäminen voivat loppua. Todetaan esimerkiksi, että magneettisairaaloissa osastonhoitajat vaihtuvat tietyin väliajoin ja että ” olet alaisillekin ikävä jos et enää ole kiinnostunut siitä työstä”.

Kuvaan lopuksi yhteisenä ja yleisenä johtamistyön motivaatiolähteenä kertomuksissa toistuvaa *työn merkityksellisyyttä*:

- ”Johtajana olemisessa on hienoa, jos pystyy tarjoamaan alaiselle merkityksellisyyttä ja onnistumisen kokemuksia, jotain sellaista mitä ei ehkä muilta elämänalueilta ole saatavissa.”
- ”Ethos, työn tarkoitus mukana johtamistyössä...”
- ”Tehdään yhdessä työtä sen meidän potilaan parhaaksi.”

Onnistumisen kokemukset ihmisten johtamisessa ja onnistuneiden projektien läpivieminen koetaan merkityksellisiksi. Hyvä henki ja ihmisten parissa työskentely tuovat energiaa. Kaikkia tarvitaan ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön toimiminen todetaan erittäin tärkeäksi.

Yksi haastateltava pohti, että ”mitä voisi olla jos ei olisi tätä työtä, ei sitten keksinyt vaihtoehtoaakaan”, toinen totesi että ”ei ole koskaan tullut aamulla mieleen, ettei jaksa lähteä töihin”.

Haastateltavien johtajaksi kasvun kertomusten pohjalta on tunnistettavissa työuran motivaatiotekijöihin ja orientaatioihin liittyviä kasvukertomusten/-tarinoiden tyyppisiä. Aineistosta nousi esiin osin yllättäen viisi erilaista kasvutarinan tyyppiä, joita kutsun alustavasti ”viideksi prototyyppiksi” (kuvio 2).

Kuvaan seuraavaksi lyhyesti jokaista kasvutarinatyyppiä. Ryhmittelemällä tarinoita voi tunnistaa tiettyyn ryhmään kuuluville yhteisiä johtajarooliin sitoutumisen ja motivoitumisen elementtejä. Näiden tiedostaminen voi olla merkityksellistä, jotta organisaatiossa on mahdollista tukea yksilötason johtajana kehittymistä ja kasvamista.

Hoitajataustaiset vastaajat ovat jo tiedekorkeakouluopintoihin hakeutuessaan tienneet haluavansa johtajauralle. Kuitenkin myös heidän kasvutarinoissaan on erilaisia linjoja. Pelkästään hoitajataustaisista vastaajista koostuvaksi ryhmäksi muodostuu ryhmä ”sitkeät etenijät”, joille keskeistä on uralla eteneminen ja uraetappien saavuttaminen. Motivaation lähdettä tarkasteltaessa avainsana tälle ryhmälle on *eteenpäin*.

Sekä lääkäri- että hoitajataustaisista vastaajista on muodostettavissa ryhmä, jossa johtajaksi kasvu on kuvattu pääosin ammattitaitoon ja työteliäisyyteen pohjautuvaksi. Haastatteluissa korostuu sitkeys ja tunnollisuus. Kutsun ryhmää nimellä ”nöyrät, ammattitaitoon ja työteliäisyyteen luottavat”.

Ammattitaitoon ja työteliäisyyteen luottaville on tärkeää saada tunnustusta nimenomaan ammatillisesta osaamisesta ja aikaansaamisesta. Heille on tärkeää saada osallistua opetukseen, tutkimukseen, alan tapahtumien järjestämiseen ja muuhun omaa ammattitaitoa esille tuovaan toimintaan. Tämän ryhmän tarinoista välittyy, että myös se on merkityksellistä mitä muut minusta ajattelevat.

Osa haastateltavista kuvaa johtajana kasvuaan erilaisten taistelukertomusten avulla. Lisäksi tälle ryhmälle on tunnusomaista oman aseman puolustaminen. Kutsun tätä ryhmää nimellä ”sankarit/taistelijat”.

Sankarit/taistelijat ovat todennäköisesti juuri haasteellisten kokemustensa myötä kasvanee siihen, ettei sillä ole suurta merkitystä mitä muut minusta ajattelevat.

Ryhmässä sankarit/taistelijat korostuu se, että haastateltavia on vaikea kategorisoida kuuluviksi vain johonkin yhteen ryhmään. Tämän ryhmän vastaajat kertoivat myös paljon omista johtamisperiaatteistaan ja johtamisen filosofiasta, he pohdiskelivat johtamista tehtävänä.

Osa haastatelluista keskittyi kertomuksissaan hyvin selkeästi johtamistehtävän kuvaamiseen. He saivat oman ryhmän ”johtajuusidentiteetin omaksuneet”. He



ovat lääkäritaustaisia ja heitä yhdistää se, että he keskittyvät oman johtamisotteensa ja siihen liittyvien oppimiskokemusten pohtimiseen.

Johtamisuran motivaatiolähteissä tulee esiin vaikuttamisen mahdollisuus, mutta se korostuu myös muilla prototyypeillä.

Viidenteen kategoriaan tuleville henkilöille on tunnusomaista henkilökohtaisen johtamiskertomuksen niukkuus. Nämä haastattelut olivat myös kestoaltaan keskimääräistä selvästi lyhyempiä esimerkiksi haastateltavan aikapaineen takia. Haastattelun painopiste saattoi olla selkeästi yleisissä johtamisperiaatteissa ja niiden tärkeydessä. Myös sitä korostettiin, että on vaikeaa mainita mitään yksittäisiä tapahtumia, jotka olisivat vaikuttaneet johtajana kehittymiseen. Vastauksissa tulee myös selvästi esiin tietynlainen kokemuksen mukanaan tuoma rauhallinen ja stressaamaton, hieman arroganttikin asenne. Kutsun tätä ryhmää nimellä ”pidättyväisen arrogantit”.

Tähän ryhmään kuuluvilla on takanaan pitkä työura. Näiden henkilöiden kokemukset olisi tärkeä saada organisaation käyttöön ja kannustaa ja tukea heitä kokemustensa levittämisessä. Nyt haastattelujen yhteydessä ehkä eri syistä tarinat jäivät niukoiksi ja henkilökohtaisten kokemusten jakamista säästeltiin.

Haastattelujen perusteella oli myös mahdollista tunnistaa suhtautumistapoja muutoksiin prototyypeittäin. Kaksi prototyypiryhmää näyttää innostuvan muutoksesta mahdollisuutena - sitkeät etenijät ja sankarit/taistelijat. Sitkeille etenijöille muutos tuo etenemismahdollisuuksia ja energiaa, sankareille ja taistelijoille uusia mielenkiintoisia haasteita. Kun muutos koetaan enemmän uhkana, reagointitapoja voi olla useampia. Sankarit/taistelijat kuvasivat toimintaansa aktiivisen hyökkäyksen ja puolustuksen keinoin, kun taas jonkinlainen välinpitämättömyys tai kuolleen leikkiminen näyttäisi jossain määrin esiintyvän ryhmässä nöyrät ammattitaitoon ja työteliäisyyteen luottavat. Myös ryhmässä pidättyväisen arrogantit voi nähdä välinpitämätöntä suhtautumista ympärillä tapahtuviin jatkuviin muutoksiin. Johtajuusidentiteetin omaksuneet eivät korostaneet muutosta sinänsä, he puhuivat enemmänkin kokemuksen merkityksestä.

VIISI KASVUTARINAN PROTOTYYPPIÄ	Sitkeät etenijät	Nöyrät ammattitaitoon ja työteläisyyteen luottavat	Sankarit/ taistelijat	Johtajuusidentiteetin omaksuneet	Pidättyväisen arrogantit
PROTOTYYPILLE TUNNUSOMAISTA	Avainsana ETEENPÄIN, ovat valmiita ottamaan riskejä kuten määräaikaishuoksia edetäkseen	Tärkeää saada tunnustusta ammattillisesta osaamisesta ja aikaansaamisesta	Rooli hyökkääjänä tai puolustajana ”taistelussa”, uudet haasteet, omistajuus ja ”työsyöden torjunta” tärkeitä	Keskittävät kertomuksissaan johtamisotteensa ja oppimiskokemustensa pohtimiseen, ovat ensisijaisesti johtajia	Johtamiskertomuksen niukkuus ja tietylainen ulkokohtaisuus, rauhallinen ja hieman arroganttikin asenne
MITEN PROTOTYYPPIÄ JOHDETAAN	Motivoidaan näyttämällä etenemispolkua, esimerkiksi hoitotyön selkeä urapolku	Tuetaan ammattitaitoon kiinnittyneen energian ja sitoutumisen kanavoitumista (myös) johtamistyöhön, palaute johtamistyöstä	Tarjotaan uusia haasteita kuten muutosprosesseja johdettavaksi, kytketään uudistuksiin	Annetaan strukturoitua tukea omien johtamiskokemusten reflektointiin ja työstämiseen, esimerkiksi coaching	Kannustetaan toimimaan esimerkiksi mentoreina, pitkän työuran kokemusten jakaminen

**Kuvio 2.** Viisi kasvukertomuksen/-tarinan alustavaa prototyyppiä

## 5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Pohdin tässä pääluvussa tutkimustuloksiani peilaten niitä tutkimuskirjallisuuteen, tutkimuksen kohdeorganisaatiossa tulosten käsittelyn yhteydessä esitettyihin näkemyksiin sekä HR:n haastatteluihin (alaluku 5.1). Tarkastelen tutkimukseni täydentävää vaikutusta tieteelliseen keskusteluun ja aiempiin tutkimuksiin alaluvussa 5.2. Arvioin tutkimukseni laatua tarkastelemalla sen luotettavuutta ja eettisyyttä, samalla pohtien omaa tutkijan rooliani ja sen vaikutuksia tutkimuksen tekemiseen (5.3). Lopuksi esitän suosituksia käytännön toimenpiteiksi (5.4) sekä ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi (5.5). Aloitan alaluvun 5.1 palaamalla esittämiini tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen tavoitteeseen, minkä jälkeen teen yhteenvedon tutkimustuloksista.

### 5.1 Yhteenvedo tutkimustuloksista sekä tulosten pohdinta

Olen asettanut tutkimukseni *päätaavoitteeksi* lisätä ymmärrystä johtajana kehittymiseen vaikuttavista tilanteista ja tapahtumista sekä johtamistyön motivaatiotekijöistä sairaalaorganisaatiossa. Tutkimuskohteinani ovat olleet erikoissairaanhoidon keski- ja ylimpään johtoon kuuluvien johtajien kertomukset merkityksellisistä työuran tapahtumista ja kasvusta johtajaksi. Olen halunnut lisätä ymmärrystä johtajaksi kasvun ilmiöstä sekä vertailemalla ammattiryhmiä keskenään että valottamalla tutkimuksen kontekstia monipuolisesti.

Väitöstutkimukseni *pääkysymyksenä* olen esittänyt, miten yliopistosairaalan keski- ja ylimpään johtoon kuuluvat tutkittavat kuvaavat työ- ja johtamisuraansa ja erityisesti johtajana kehittymisen kannalta merkityksellisiksi kokemiaan työuran tapahtumia. Tarkentavat *alakysymykset* ovat, miten työuran tapahtumat ja kokemukset niistä ovat toimineet oppimisen ja johtajana kehittymisen lähteinä ja mitkä seikat ovat tukeneet tai estäneet kasvua johtajaksi sekä miten tutkittavat kuvaavat kasvuaan johtajarooliin ja tämänhetkistä johtajuusidentiteettiään.

Keräsin tutkimustiedot 22 teemahaastattelun avulla ja aineiston analyysi pohjautui narratiivien analyysiin. Tutkimus on luonteeltaan tulkitseva tapaustutkimus, jossa kontekstin merkitys on oleellinen.

Tiivistän seuraavaksi *tutkimukseni keskeiset tulokset*, joita pohdin tarkemmin tässä alaluvussa. Havaitsin väitöstutkimuksen *päätuloksena*, että sairaalaorganisaatiossa toimivien johtajien merkityksellisiksi kokemista työuran tapahtumista oli löydettävissä sekä *ammattiryhmästä riippumattomia* että *ammattiryhmäsidonnaisia* tapahtumia. Professiopohjainen tarkastelu sai minut pohtimaan sitä, voisiko hoitaja- ja lääkäriprofessioiden rinnalla alkaa puhua

*johtamisprofessiosta*. Lisäksi havaitsin, että aineistoni tutkittavat olivat pääosin *aktiivisesti hakeutuneet* johtamistehtävään ja että *substanssiosaaminen ja sen jatkuva ylläpitäminen* (valkoinen takki) askarruttivat ja osin jakoivatkin mielipiteitä. Asettamani tavoitteen mukaisesti *johtamistyön motivaatiolähteet* nousivat kiinnostavina tutkimustuloksina esiin. Niiden pohjalta, osin yllättäen, oli tunnistettavissa alustavia *kasvukertomusten tyyppejä*, joita kutsun ”viideksi prototyyppiksi”.

Ammattiryhmästä riippumatta yhteisesti tärkeitä tapahtumia olivat *esimiehen tuki, oppiminen hankalista tilanteista* sekä *palaute*. Lisäksi organisaatiomuutokset ovat tuoneet uralla etenemisen mahdollisuuksia. Vertailtaessa näitä tuloksia aiempiin työuran tapahtumia luokitteleviin tutkimuksiin, muutoksen teema, vaativat tilanteet ja tukea antavat esimiehet nousevat samalla tavalla esiin (Yip & Wilson 2010: 68). Ulrich, Smallwood & Sweetman (2008: 165) esittelemässä tutkimustuloksissa (The Learning and Development Roundtable) lähimmän esimiehen antama palaute ja coachaus oli tärkeimmäksi koettu uratapahtuma.

Ammattiryhmäkohtaiset erot näkyvät tutkimuksessa siten, että erityisesti lääkäreille merkityksellisiä näyttävät olevan *henkilökohtaiset yksilötapahtumat*, kun taas *kollegiaalisuuden ja ryhmän tuen* merkitykset korostuvat hoitaja-taustaisten vastauksissa.

Pohdin seuraavaksi aineistossani merkityksellisimmiksi koettuja työuran tapahtumia kutakin erikseen vertailemalla tuloksiani muun muassa tutkimuskirjallisuuteen.

### 5.1.1 Uratapahtumat

*Organisaatiomuutosten* nouseminen esiin yhtenä johtajana kehittymisen tekijänä ei ole yllättävää. Tämänhetkinen terveydenhuollon toimintaympäristö on jatkuvassa muutoksessa ja tarjoaa siten runsaasti mahdollisuuksia johtajana kasvuun (Kivinen 2008; Niiranen & Lammintakanen 2014). Aktiivinen rooli organisaatiomuutoksissa voi edistää johtajana kehittymistä, koska johtamisroolit ja -vastuut ovat tyypillisesti jäsentymättömiä ja huonosti määriteltyjä, kuitenkin niillä on tavoite. Tällaiset tilanteet antavat tilaa innovaatioille ja kannustavat kokeilemaan uusia lähestymistapoja. (Dragoni ym. 2009: 732.) Boyal & Hewison (2016) toteavat ylihoitajien muutosjohtamiskokemuksia käsittelevässä tutkimuksessaan, että organisaatiomuutoksen strategisen tason johtamiseen on annettava aikaa ja tukea, jotta pelkältä muutokseen reagoimiselta vältyttäisiin. Kokonaisuuden johtamisen merkitys korostuu organisaatiomuutoksissa. Sitä tukevat lean -ajattelu, magneettisairaalamalli ja erilaiset sertifioinnit, sillä niissä

johtamista tarkastellaan kokonaisuutena (esimerkiksi Eriksson ym. 2016; Radnor ym. 2012). Sekä henkilöstön että johtajien itsensä jaksamisesta huolehtiminen on tärkeää organisaatiomuutoksissa. Kuten eräs haastateltava totesikin, huolta on pidettävä siitä, että motivaatio säilyy. Ylimmän johdon sitoutuminen muutosten läpiviemisen tukemiseen on keskeistä (esimerkiksi Nordegraaf ym. 2016).

*Haasteelliset työtehtävät ja –tilanteet* on johtamisen kehittämisen tutkimuksessa jo pitkään nähty merkittävänä johtamisen kehittämisen keinoina. Haasteelliset tehtävät mahdollistavat uusien toimintatapojen kokeilemisen usein riskialttiissa ja epävarmassa ympäristössä (esimerkiksi DeRue & Wellman 2009). Haastatteluissa nousee esiin kuvauksia esimerkiksi käänteentekevästä muutosprosessista. Yksi haastateltava kuvaa alkuperäistä muutosprosessi-kokemustaan toteamalla, että ”sen saman toistoa ollut nää kaikki”. Omalle työuralle on siis tunnistettavissa eräänlainen benchmarking –kokemus, jota muut vastaavanlaiset kokemukset ovat seuranneet samankaltaisina (Pillemer 2001) tapahtumina. Erilaiset hypyt tuntemattomaan, nouseminen esimiestehtävään kollegoiden joukosta tai johtaminen ilman muodollista asemaa nousivat haastatteluissa esiin hyvin merkittävänä oppimiskokemuksina ja jopa johtajana kehittymisen laukaisevina (Gardner ym. 2005) tapahtumina. Nämä tapahtumat ja tilanteet kehittävät johtajuutta, koska ne edellyttävät kykyä rakentaa toimivia yhteistyö- ja vuorovaikutussuhteita sekä vakuuttavuutta (Dragoni ym. 2009: 733). Sekä aktivaatio- että kognitiivisen toiminnan teoriat osoittavat kuitenkin, että tietyn tason saavuttamisen jälkeen haasteet aiheuttavat kognitiivisen ylikuormittumisen ja oppiminen vähenee. Oppiminen häiriintyy kun kognitiiviset resurssit eivät riitä sekä käsillä olevien tehtävien että niiden aiheuttamien huolten ja epävarmuuksien kohtaamiseen. *Palautteen* saatavuus helpottaa epävarmuuden työstöä ja sen turvaamisella voi estää kokemuksista oppimisen häiriintymistä. (DeRue & Wellman 2009: 860-862.) HUSissa kehityskeskustelut ja työolo-barometri toimivat toistuvina muodollisina palautekanavina. Lisäksi lähes kaikki haastateltavat kertoivat esimiehen, kollegoiden ja alaisten antaman tuen ja palautteen merkityksestä. Haastateltavien reflektiovalmiudet ja sisäisen palautteen merkitys tulivat selkeästi esiin haastattelujen aikana.

*Esimiehen tuen* korostuminen haastatteluissa vahvistaa näkemystä hyvän johtamisen merkityksellisyydestä, erityisesti meneillään olevissa sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksissa. Esimerkiksi Sosiaalibarometri 2017:n vastaajat pitivät sote-uudistuksen keskeisimpänä edellytyksenä hyvää johtamista. Yhteensä 76 % vastanneista sosiaali- ja terveysjohtajista piti sitä erittäin tärkeänä. (Näätänen, Londén & Peltosalmi 2017: 83-84.) Tutkimuskirjallisuuden mukaan esimiehen merkitys mallikäyttäytyjänä, opettajana ja kehittymisen tukijana on erittäin merkittävä (Dragoni ym. 2014; Seibert ym. 2017). Dragoni ym. (2014) mukaan johtamistehtäviin siirtyvät esimiehet hyötyvät omilta esimiehiltään

saatavasta näyttämisen (*"show"*) ja kertomisen (*"tell"*) tuesta. Organisaatiot voivat tukea johtajana kehittymistä lisäämällä johdon valmiuksia toimia alaisuudessaan olevien esimiesten *roolimalleina*, tiedon jakajina ja coacheina (Dragoni ym. 2014; Seibert ym. 2017). Roolimallin kanssa työskentely tai merkittävät keskustelut esimerkiksi esimiehen kanssa on voitu kokea oman työuran ankkuroivina (Pillemer 2001) tapahtumina. Roolimalleja tarvitaan uran eri vaiheissa, alkaen opiskeluvaiheesta (esimerkiksi Brown & Dewing 2016, koskien sairaanhoidon opiskelijoita). On kuitenkin otettava huomioon, että tapahtumat vaikuttavat eri tavoin työuran eri vaiheissa (Mumford ym. 2000: 25). Tämä pätee todennäköisesti hyvin juuri roolimalleihin.

Vaikka *johtamiskoulutukseen* liittyvät pohdinnat olivat haastatteluissa hajanaisia, muutama keskeinen havainto on nostettavissa esiin. Kehittymisen tukea kaivataan sparrauksen muodossa, sparrauksen teemana esimerkiksi miten olla lääkärijohtaja. Perusjäsenyyksen ja käsitejärjestelmien merkityksellisyys mainitaan. Näiden teemojen tarkastelussa korostuu jaetun ymmärryksen muodostumisen tarve, jota olisi mahdollista edistää yhteisiä kokemuksia jakamalla ja refleктоimalla, kokemusoppimisen periaatteiden mukaisesti. Hoitajataustaisilla johtamiskoulutuksen tärkeys tulee esiin toteamuksissa, että on ollut hyödyllistä, kun johtamisopintoja on ollut jo maisterikoulutuksessa. Oma aktiivisuus korostuu myös hakeutumisessa johtamiskoulutukseen, johtajana kehittymistä ei ylipäätään voi ulkoistaa (Snell, Briscoe & Dickson 2011; Sutinen 2012). Seibert ym. (2017: 385-386) mukaan haasteellisten työtehtävien, muodollisen koulutuksen ja esimiehen kehittävän tuen yhtäaikaiset yhdistelmät ovat tehokkaimpia johtamisen kehittämisessä. Johtamiskoulutus voi siis, ehkä yleisten muun muassa ajankäyttöön liittyvien oletusten vastaisesti, toimia hyvin myös erittäin vaativien työtehtävien ja esimiehen tuen rinnalla. Koulutus voi tarjota tietoa ja työkaluja uusien käyttäytymismallien soveltamiseen, kun taas haasteelliset työtehtävät mahdollistavat niiden kokeilemisen samalla kun esimies antaa palautetta.

Haastatteluiden perusteella on vaikea arvioida *sattumanvaraisten tapahtumien* luonnetta tarkemmin, mutta olosuhteiden merkitys (Chen 2005) näyttää korostuvan vastauksissa. Urapäätöksiä voidaan myös tehdä jonkin asian välttämiseksi ennemmin kuin saavuttamiseksi (Bright ym. 2009). Tämä saattaa lisätä sattumanvaraisuuden vaikutelmaa.

Byrokraattiset prosessit, pelisääntöjen noudattamisen tärkeys ja insentiivien vähäisyys nousevat esiin haastatteluissa. Näitä seikkoja käsitellään myös tutkimuskirjallisuudessa (esimerkiksi Snell ym. 2011). *Taloudellisen niukkuuden* kokevat haasteellisena useimmat haastateltavat. Talouden rajoitteet ja tiukentuva seuranta koetaan toimintaa haittaavina, mutta vaikuttaa myös siltä, että niihin on

jo sopeuduttu. Profiessiot eri organisaatioissa ovatkin jo pitkään joutuneet kohtaamaan ja hyväksymään taloudelliset rajoitteet, tavoiteseurannan ja siten laajentuneen työroolin (Evetts 2003: 408). HR:n haastatteluissa korostuu kustannusten muodostumisen ymmärtäminen, erilaiset resurssointitilanteet mainitaan esimerkkeinä. Kyse ei niinkään ole siitä, että jotakin pitää jättää tekemättä vaan sen ymmärtämisestä, mikä maksaa ja miten paljon. Tiukkennevan taloustilanteen todetaan asettavan haasteita myös henkilöstön pitämislle motivoituneena.

Uusien teknologioiden merkitys mainittiin haastatteluissa erityisesti potilaiden lisääntyneen tiedonhankintamahdollisuuden muodossa. Uusien teknologioiden on lääketieteessä todettu yhtäältä lisäävän (super)erikoistumista ja toisaalta potilaiden itsehoitoa (Noordegraaf ym. 2016: 1116).

Haastatteluissa esiin tulleita *ammattiryhmäkohtaisia eroja* voi todennäköisesti selittää esimerkiksi koulutukseen, rooliin ja sukupuoleen liittyvillä tekijöillä. Kivinen (2008: 84-85) kuvaa kahden terveydenhuollon voimakkaamman alakulttuurin, lääkäreiden ja hoitajien, tunnusomaisia piirteitä. Lääkäreiden kulttuuri on sisäisesti eheämpi, yksilöllisyyttä, itsenäisyyttä ja keskinäistä kilpailua korostava. Lääkäreiden toiminta perustuu vahvasti tieteelliseen, kliiniseen tietoon. Hoitajien toimintakulttuuri on yhteisöllisempi ja luottamus auktoriteetteihin on vahvempi. Lääkäreiden yksilöllisyyttä korostava kulttuuri näkyy haastatteluissa yksilötason työuran tapahtumien korostumisena, esimerkkeinä ulkoisesti haasteellisten tilanteiden kuten kriisien hoitaminen ja työskentelyjakso ulkomailla. Ulkoisesti haasteelliset tilanteet mainitaan kuitenkin vain ylimmän johdon haastatteluissa ja näiden joukossa ei ollut hoitajataustaisia. Hoitajille sen sijaan juuri yhteisöllisyys kollegiaalisuuden ja ryhmän tuen muodossa on tärkeää. Hoitajille kuitenkin myös lääkäreiden kollegiaalisuus näyttäytyy, voimakkaanakin. Vaikka sukupuolen merkitys ei noussut haastatteluissa merkittävänä esiin, hoitotyö ja sen johtaminen on tälläkin hetkellä erittäin naisvaltaista. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteihin opiskelevista suurin osa on naisia. Naisten osuus lääketieteen opiskelijoista on 61 %, ammattikorkeakoulujen sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan opiskelijoista peräti 85 % on naisia (Opiskelijatutkimus 2014). Haastatellut hoitajataustaiset ovat kaikki naisia. HUS:ssa 91 % hoitajista ja 63 % lääkäreistä on naisia (HUS Henkilöstökertomus 2017: 9). Sukupuolen merkitystä esimerkiksi kollegiaalisuuden kokemisessa ei kuitenkaan voi tämän tutkimuksen perusteella arvioida.

Pohdin seuraavassa alaluvussa professioiden merkitystä tarkemmin sekä suhteessa johtajaksi päättämiseen että keskusteluun substanssiosaamisesta.



### 5.1.2 Johtaminen professiona: päätyminen johtajaksi, johtajan substanssiosaaminen

Työuran tapahtumien tarkastelun lisäksi tutkimustulokseni herättävät pohdintaa johtajaksi hakeutumiseen ja johtamistehtävään liittyvän substanssiosaamisen ja sen jatkuvan ylläpitämisen (valkoinen takki) näkökulmista. Tutkimuskirjallisuudessa johtamista on tarkasteltu kahden vahvan profession eli lääkäreiden ja hoitajien näkökulmista (muun muassa Kivinen 2008; Spehar, Frich & Kjekshus 2015; Virtanen 2010). Esitän pohdittavaksi, olisiko mahdollista alkaa puhua *johtamisprofessiosta* lääkäri- ja hoitajaprofessioiden rinnalla? Kohdeorganisaatiossa tulosten esittelytilaisuuksissa asiasta keskusteltiin ja esiin nousi useita näkemyksiä. Toisaalta todettiin, että tietyissä johtamistehtävissä on oltava lääkäritaustainen henkilö ja että substanssia ymmärtämätön ammattijohtaja on riski. Toisaalta taas nähtiin, että johtaminen on yhteinen asia ammattiryhmistä huolimatta ja johtamisammatin tarkastelu nostaisi johtamisen tasoa. Henkilöstöhallinnon haastatteluissa substanssiosaaminen nousi esiin erityisesti päätöksenteon näkökulmasta: sisällön osaamista on tarpeen kehittää, jotta ymmärtää ne asiat, joista tekee päätöksiä. Päätöksenteon vaikeus ja tarve huolelliselle, julkisen organisaation tiettyjen prosessien mukaiselle valmistelulle mainittiin huolena. Lisäksi tuotannon johtamiseen sitoutumisen merkitys korostui henkilöstöhallinnon haastatteluissa: kaikki hoitavat ensisijaisesti potilasta, mutta pitäisi pystyä ajattelemaan myös niitä, jotka eivät (tällä hetkellä) ole hoidettavana. Sisäiseen verkostoitumiseen, avun pyytämiseen ja osaamisen jakamiseen kannustettiin, jotta yhdessä kehitettyjä toimintamalleja ja esimerkkejä voidaan käyttää hyväksi.

Aineistossani *hoitajajohtajat* toimivat päätoimisesti johtajina eivätkä tehneet kliinistä työtä. Samankaltainen tilanne on myös esimerkiksi Nordstrand Berg & Byrkjeflot (2014) tutkimassa norjalaisaineistossa. Tutkimuskirjallisuudessa on pohdittu hoitajajohtajien toimimista johtaja-ammattilaishybridiroolissa ja todettu muun muassa, että he voivat jäädä negatiiviseen roolien ja identiteettityöstön välitilaan, joka on parhaiten vältettävissä toimimalla kokopäiväisesti johtajana (Croft, Currie & Lockett 2015). Hoitajille siirtyminen johtamisasemaan on perinteisesti merkinnyt urakehitystä, he ovat myös olleet halukkaita kiinnittymään johtamisrooliin sen tuoman suuremman autonomian ja auktoriteetin takia (Nordstrand Berg & Byrkjeflot 2014: 387; Spehar, Frich & Kjekshus 2015: 361). Aineistossani hoitajajohtajilla on kelpoisuusvaatimusten takia ollut tiedekorkeakouluopintoihin hakeutuessaan suunnitelma johtajaurasta ja opinnot ovat sisältäneet eri määrän johtamista. Hoitajat ovat yleisesti jo johtamisuran alkuvaiheessa hankkineet johtamiskoulutusta (esimerkiksi Nordstrand Berg & Byrkjeflot 2014; Viitanen ym. 2007).

Entä sitten *lääkärijohtajuus*? Johtajarooli nähdään usein uhkana ammattia harjoittavan lääkärin autonomialle ja identiteetille, minkä takia johtamisvastuusta kieltäydytäänkin helposti (Porter, Stoller & Allen 2018; Styhre, Roth & Roth 2016). Edistääkseen lääkärijohtajien sitoutumista johtamistyöhön terveydenhuollon organisaatioiden olisi kyettävä virtaviivaistamaan byrokraattisia prosesseja ja pitämään roolit ja vastuut selkeinä. Keskeinen kysymys, johon ylimmän johdon on otettava kantaa, koskee lääkäreiden kokemaa ammatillista auktoriteettia. Lääkäreiden huoli lääketieteellisen auktoriteetin ja autonomian säilyttämisestä tulisi ottaa vakavasti, samalla tukien mahdollisuutta johtamisen kehittämiseen. (Hemker & Solomon 2016; Snell, Briscoe & Dickson 2011; Spehar, Frich & Kjekshus 2015; Styhre, Roth & Roth 2016.) Lääkärijohtajat ovat olleet pidempään lääkäreitä kuin johtajia, heitä on lähestytty lääkereinä myös johtamisroolissaan ja he kokevat lääkärin identiteetin oletusarvona (Andersson 2015: 93-94). Esimerkiksi kirurgien uskottavuus perustuu omiin ammatillisiin näyttöihin (Haapiainen 2016). Nämä tekijät ovat omiaan vahvistamaan ja ylläpitämään lääkärijohtajan lääkäri-identiteettiä. Lääkärijohtajan suhteesta valkoiseen takkiin esitetään kirjallisuudessa myös näkemys, että lääkärijohtajien tulisikin pysyä ”viisaina” (*wise men*) ja jatkaa kliinistä työtä sen sijaan, että heitä pidetään johtajina, jotka sattuvat olemaan lääkäreitä. Lääkärijohtajat tarvitsevat kuitenkin muulta (kuin lääketieteelliseltä) johdolta riittävää tukea kahden erilaisen maailman yhdistämiseen. (Witman ym. 2010: 491.)

Muutaman haastateltavankin mainitsema emeritusprofessori Kekomäki toteaa, että päätöksenteko potilaiden hoitoon liittyen on lääkäreillä ja ”terveyssektorin kustannukset ja niiden kehitys liittyy siis aivan keskeisesti siihen, mitä yksittäisille potilaille päätetään tehdä” (2010: 70). Myös Lehdon mukaan (2017: 111) ”ymmärrys hoidon tarpeista ja hoitoratkaisuista suhteessa voimavaroihin on parhaissa käsissä lääkäriellä johtajan asemassa”. Lehto (2017: 105) toteaa sote-uudistuksen voivan lisätä lääkäreiden mahdollisuutta kehittää terveydenhuollon johtamista, koska lääkäreillä on parhaat edellytykset johtaa tuottaja- ja tilaajaorganisaatioita syvällisen toiminnan ymmärryksensä ansiosta. Kekomäen mukaan lääkärijohtajien on ennen kaikkea osattava johtaa ihmisiä.

Johtajaksi *hakeutumisen edistämisessä* johtamismotivaation tunnistaminen on keskeistä. Olen käyttänyt johtamistehtäviin hakeutumisen tarkastelussa McGivern ym. (2015) jaottelua halukkaisiin ja sattumalta johtamistehtäviin ajautuneisiin. Aineistossani enemmistö hakeutui/halusi johtamistehtäviin. Tutkimuskirjallisuudessa on käsitelty erityisesti lääkäreiden motivoitumista ja sitoutumista toimintaa laajemmin uudistavaan johtajuuteen (Giri, Aylott & Kilner 2017; Spurgeon ym. 2015). Giri, Aylott & Kilner (2017: 404-406) mukaan varhainen johtamis- ja esimieskokemukselle altistuminen lisää varmuutta ja halukkuutta pyrkiä myöhemmin vaativiin johtamistehtäviin. Kokemuksia on

myös organisaation ajattelu- ja toimintatavoista, joissa kaikkiin lääkäreihin asemasta riippumatta suhtaudutaan toimintaa kehittävinä johtajina (*leaders*) tai koko henkilöstöllä ajatellaan olevan kaksi tehtävää: ”*do what you do and improve what you do*”. Johtamiskompetenssien kehittämisen pitäisi myös kuulua olennaisena osana lääkäreiden osaamisen kehittämiseen kaikissa uran vaiheissa, jo lääketieteen opintoihin tulisi sisällyttää johtamista (Maddalena 2016; Savage ym. 2017; Snell, Briscoe & Dickson 2011). Johtamisen kehittämisohjelmiin olisi tarpeen rakentaa erityisesti hybridiroolin ja johtajuusidentiteetin omaksumista edistäviä elementtejä (McGivern ym. 2015: 427; Spehar, Frich & Kjekshus 2015: 364). McGivern ym. (2015: 426) mukaan muodollinen koulutus tai urapolut ja taloudelliset insentiivit eivät kuitenkaan näyttäneet merkittävästi vaikuttavan lääkäreiden päätökseen siirtyä hybridirooliin.

### 5.1.3 Motivaatiolähteet ja johtajaksi kasvun ”viisi prototyyppiä”

Pohdin seuraavaksi aineistostani esiin nousseita johtamistyön motivaatiolähteitä, joita tunnistamalla ja vahvistamalla voi edistää halukkuutta johtamisrooliin.

Haastattelujeni perusteella johtajana kasvun kannalta *motivoivaa* voi olla yleinen vaikuttamisen mahdollisuus ja sen lisääntyminen, hierarkkinen uralla eteneminen, vahvaan ammatilliseen asiantuntijuuteen pohjautuva johtamistyö sekä sankarillinen haasteiden voittaminen. Myös ”päätoimisen” johtajuusidentiteetin omaksuminen näyttää toimivan yhtenä motivaatiolähteenä. Työn merkityksellisyys näyttäytyy yleisesti motivoivana. Näiden motivaatiolähteiden ja uraorientaatioiden pohjalta tunnistin alustavasti kasvukertomuksen ”*viisi prototyyppiä*” (kuvio 2):

- ”sitkeät etenijät”
- ”nöyrät, ammattitaitoon ja työteliäisyyteen luottavat ”
- ”sankarit/taistelijat”
- ”johtajuusidentiteetin omaksuneet”
- ”pidättyväisen arrogantit”

Esiteltäessä alustavia tutkimustuloksia kohdeorganisaatiossa nämä motivaatiolähteet ja prototyypit tunnistettiin. Heräsi myös kysymyksiä kuten ammattiosaamiseen tukeutuvien osalta, ovatko he sopivia johtamistehtävään, kun heidän sitoutumisensa omaan profession on niin voimakasta. Vastargumenttina esitettiin, että substanssiosaamiseen panostavat johtajat ovat paneutuvia myöskin johtamisrooliinsa liittyen. Lisäksi todettiin, että on

olennaista saada omaan erikoisalaan sitoutunut energia kanavoitua (myös) johtamistyöhön. Tätä on todennäköisesti mahdollista lisätä antamalla palautetta nimenomaan johtamistyöstä. Havaintojeni mukaan johtamistehtävät voivat erota toisistaan suhteessa vaadittavaan syvälliseen substanssiosaamiseen. Ammattiosaamisesta motivoituvat olisivat todennäköisesti hyvin sitoutuneita juuri vahvaa substanssiosaamista edellyttävän johtamistehtävän hoitamiseen. HUSissa erityisesti lääkärijohtajalta odotetaan substanssin osalta senioriteettia (HR:n haastattelut). Liittyen taisteluun/sankaruuteen motivaatiolähteenä esitettiin kommenttina, miksi pitää vielä olla puolustusasemissa vuonna 2016? Koettiin, että johtamisen pitäisi olla yhteinen asia ja perustua toisten kunnioittamiseen. Uusista ja vaikeista tilanteista sekä niiden hoitamisen tuomasta tietynlaisen sankaruuden kokemuksesta motivoituvien energiaa kannattanee hyödyntää esimerkiksi vaativissa muutosprojekteissa.

Tutkimuksessani esiin tulleita motivaatiolähteitä voi *verrata aiemmissa tutkimuksissa käsiteltyihin uraorientaatioihin* ja johtamisen motivaatiolähteisiin. Rodrigues, Guest & Budjanovcanin (2013: 146-147) tutkivat brittiapteekkareiden uraorientaatioita ja heidän tutkimuksessaan uralla eteneminen muodosti yhden uraorientaatiokategorian. Sitä tarkasteltiin hierarkkisen uralla etenemisen, tiimin ja toisten työn johtamisen sekä vallan/vaikutusvallan teemojen avulla. Samassa tutkimuksessa esiintyvät myös ammatillisen orientaation urakategoria, jota tarkastellaan toisaalta ammattiosaamisen ja kompetenssin, toisaalta ammattikuntaidentiteetin kautta sekä kategoria haaste, joka voi muodostua joko uudesta ja innovatiivisesta tai muutoksesta ja vaihtelevuudesta työssä. Myös Scheinin (1996) teknistoiminnallisen pätevyyden ura-ankkuri, samoin kuin puhtaan haasteen ura-ankkuri ovat rinnastettavissa haastattelulöydöksiini. Rodrigues, Guest & Budjanovcanin (2013: 150) mukaan uraorientaatiot voivat muuttua ajan kuluessa, esimerkiksi ikääntyessä, vaikka ne ovatkin melko pysyviä. Hyvin kokeneilla johtajilla työuran lähestyvä päättymisen ja eläköityminen voinevat vaikuttaa paitsi uraorientaatioon myös kertomukseen työurasta.

Snell, Briscoe & Dickson (2011) tutkivat kanadalaisten lääkärijohtajien johtamistyöhön sitoutumista ja motivaatiolähteitä. Työn merkityksellisyys ja potilaiden auttaminen, vaikuttamisen mahdollisuus ja uusien haasteellisten tehtävien hoitaminen nousivat esiin motivaatiotekijöinä samalla tavalla kuin haastattelututkimuksessani. Hyvin samankaltaisesti kommentoitiin myös johtamistyöstä saatavan palautteen suhdetta potilastyöstä saatavaan palautteeseen; haastatteluissani todettiin, että palaute omalla erikoisalalla on välitöntä, mutta ei sisälly johtajarooliin. Samanlaisena toteamuksena esiintyi, ettei päällikkyyys ole yhteisön arvostamaa. Snell, Briscoe & Dickson (2011) haastatteluissa nousi esiin ensimmäisen tai varhaisen johtajasitoutumisen

onnistumisen merkitys. Tällaisten alkuperäisten kokemusten tärkeys oli nähtävissä myös omassa aineistossani.

Tuononen (2018) havaitsi suomalaisten hammaslääkäreiden johtamisuria koskevassa väitöstutkimuksessaan kolme erilaista johtamisurapolkua: tavoitesuuntautuneet etenijät, tilaisuuteen tarttijat ja innostuneet kehittäjät. Yhtäläisyyksiä minun aineistooni oli löydettävissä. Esimerkiksi tavoitesuuntautuneet etenijät pitivät turvallisuutta ja pysyvyyttä vähiten tärkeänä ura-ankkurina, aineistoni sitkeät etenijät olivat nimenomaan halukkaita ottamaan riskejä kuten määräaikaishuutoja. Halukkuus vaikuttaa johtajana asioihin laajemmin ja esimerkiksi esimiehen tuen merkityksellisyys nousevat molemmissa aineistoissa esiin. (Tuononen, Suominen & Lammintakanen 2018.)

Motivaatiolähteiden ammattiryhmäkohtaisia eroja on tämän tutkimusaineiston perusteella vaikea arvioida. Uralla eteneminen motivaatiolähteenä näyttäytyy voimakkaimmin nimenomaan hoitajataustaisten kertomuksissa. Tosin myös joillakin lääkäritaustaisilla haastatelluilla oli hyvin selkeä ja tavoitteellinen johtamisuraan tähtäävä polku. Ammattiosaamiseen tukeutuva johtaminen tuli esiin molemmissa ammattiryhmissä, samoin kuin sankaruus/taistelu. Johtajuusidentiteetin omaksuneet olivat tässä aineistossa lääkäritaustaisia, pidättyväisen arroganteissa oli hajontaa.

#### 5.1.4 Johtamisen kehittäminen

Haastatteluhavaintojen ja tutkimuskirjallisuuden perusteella työssä tapahtuvan oppimisen ja kehittymisen merkitys korostuu (esimerkiksi Seibert ym. 2017). Esimiehen tuen ja sparrauksen, palautteen ja roolimallienkin korostuminen erityisesti haasteellisissa tilanteissa puhuu toisaalta *johtajien johtamisen kehittämisen* ja toisaalta sparraavan, coachaavan *oppimiskulttuurin* kehittämisen tarpeesta. Johtajien johtamisen keskeisiä tavoitteita ovat johtajien rekrytointi ja työssä pitäminen, johtamisosaamisen kehittäminen sekä johtajien motivointi ja tulosten saavuttaminen (Lammintakanen 2014: 97). Näiden tavoitteiden toteutumista voi edistää esimerkiksi työnjaon ja roolien selkeänä pitämisellä sekä johtajien johtamisosaamiseen panostamalla. Mielenkiintoinen tarkasteltava kysymys kaikkien merkityksellisiksi koettujen tapahtumien osalta on, miten edistää sellaista johtamiskulttuuria, jossa annetaan tukea ja palautetta sekä mahdollisuuksia?

Sekä haastattelujen että tutkimuskirjallisuuden perusteella avoimella organisaatiokulttuurilla, sisäisellä verkostoitumisella ja osaamisen jakamisella on suuri merkitys. Kehittämishankkeet ja innovaatiotoiminta mahdollistavat yli yksikkörajojen tapahtuvaa oppimista. Myös esimiesverkostot voivat olla

yhteiskehittämisen paikkoja. Avoin organisaatio- ja keskustelukulttuuri sekä oikeudenmukainen johtaminen lisäävät luottamusta ja siten myös työyhteisön innovaatiokykyä (esimerkiksi Heikkilä ym. 2015). Organisaatio- ja professiologiikoiden yhdistämisen ja täydentävyyden tavoittelu vastakkainasettelun sijasta on tärkeää (Noordegraaf ym. 2016). Sen tukemiseksi voidaan muun muassa vahvistaa johtamismalleja, joissa lääkärit ja hoitajat muodostavat johtajaparin tai johtajapari täydentyy johtajakolmikoksi hallinnollisen johtajan mukanaololla (Hemker & Solomon 2016). Uusien esimiesten perehdyttämiseen ja johtamistehtävään sitouttamiseen on tärkeää panostaa, esimerkiksi nimeämällä mentori organisaation sisältä (Hemker & Solomon 2016; Snell, Briscoe & Dickson 2011). Muun muassa tiimien kompetenssien kehittämisen yhteydessä lääkäreiden tiimityövalmiuksien kehittämistarve on noussut esiin (Porter, Stoller & Allen 2018/case Cleveland Clinic). Kaiken kaikkiaan kokonaisuuden näkökulma ja osallistavuus johtamisessa näytävät korostuvan.

Ammattiryhmien välisen yhteistyön merkitys korostuu haastatteluissa, lisäksi juuri esimiehen tuki ja palaute ovat yhteisesti merkityksellisiä ammattiryhmille. Johtopäätöksenä voi todeta, että ammattiryhmien yhteiset koulutukset ovat suositeltavia. HUSin johtamisvalmennukset ovat kaikille yhteisiä (HR:n haastattelut), vaikka johtamisen kehittämishankkeita on yleisimmin toteutettu ammattiryhmille erikseen (Clausen, Cummins & Dionne 2017). HUSissa osallistuminen erilaisiin avoimiin koulutuksiin tuo tervetullutta ulkopuolista tuuletusta. HR:n haastatteluissa todetaan myös, että johtamisen kehittämisessä korostuu koko systeemin näkökulma.

Reflektion merkitystä korostetaan tutkimuskirjallisuudessa. Valmentavista keinoista henkilökohtainen coaching tukee omien johtamiskokemusten refleктоimista. Coachingia suositellaan sisällytettäväksi myös terveydenhuollon johdon kehittämiseen (Clausen, Cummins & Dionne 2017; Grant ym. 2017). Coaching edistää esimerkiksi resilienssiä, luottamusta omiin johtamisvalmiuksiin sekä opitun soveltamista käytäntöön (Grant ym. 2017).

Johtamisen kehittämisen päämääräksi voi asettaa oman johtajaminän määrittämisen ja ymmärtämisen, joka voi tapahtua reflektion, identiteettityöstön ja oman johtajuustarinan rakentamisen avulla (Day & Harrison 2007: 371; Warhurst & Black 2016: 428).

## 5.2 Tieteellinen merkitys, täydennys aiempaan tutkimukseen

Pohdin tässä alaluvussa väitöstutkimukseni tieteellistä merkitystä ja suhdetta aiempaan tutkimukseen. Aloitan kertaamalla tutkimukseni keskeiset lähtökohdat,



minkä jälkeen pohdin lähestymistapojeni erityispiirteitä, vahvuuksia ja rajoitteita, sekä työni sijoittumista tieteelliseen keskusteluun.

Tutkimukseni on tapaustutkimus, joten tutkimuksen konteksti on keskeisessä asemassa. Terveysthuollon/erikoissairaanhoidon kontekstin työlleni asettamia lähtökohtia ovat erityisesti muodollisen pätevyyden, kelpoisuusehtojen ja säädeltyjen etenemispolkujen asettamat vaatimukset johtamistehtäviin sekä johtamisroolien ”hybridiluonne” ja suhde professioihin (ks. kuvio 1, alaluku 1.2). Näistä seuraa kysymyksiä: mihin muuhun kuin muodollisen pätevyyden muodostumiseen voi vaikuttaa tukeakseen johtamisuraa, mitkä tapahtumat ja tilanteet edistävät kasvua johtajaksi ja miten voi tunnistaa johtajuusidentiteetin rakentumista tukevia johtamisen motivaatiolähteitä (kuvio 1, alaluku 1.2).

*Tutkimukseni lähestymistapojen erityispiirteitä ovat tapahtumalähtöisyys, useiden teorioiden käyttäminen sekä terveydenhuollon kahden keskeisen profession tarkastelu samassa tutkimuksessa.*

Tarkastelen johtajaksi kasvua *tapahtumalähtöisesti* johtamisteorioissa ja organisaatioilmiöiden tarkastelussa vallalla olleen ominaisuuksiin ja piirteisiin pohjautuvan ajattelun sijasta (Lord & Hall 2005; Morgeson, Mitchell & Liu 2015). Kiinnostukseni kohteena ovat työuran tapahtumista ja tilanteista muodostuneet oppimiskokemukset. En siis tarkastele tutkimuksessani persoonallisuuspiirteitä tai käyttäytymismalleja johtajuuden perustana, koska nämä ajattelumallit voivat rajoittaa johtajana kehittymistä (Day ym. 2014). Olen löytänyt terveydenhuollon ympäristöstä tutkimuksia, joissa tarkastellaan yksittäisen tapahtuman vaikutuksia johtajuuteen ja johtajana kehittymiseen (ks. alaluku 1.1). Väitöstutkimukseni vahvuutena on, että se tuo tarkasteluun kaikki haastateltavien merkityksellisiksi kokemat työuran tapahtumat, mikä mahdollistaa erilaisten tapahtumien merkityksen pohtimisen. Haastatteluaineiston pohjalta ei kuitenkaan ole mahdollista nostaa esiin tapahtumien mahdollisia yhteisvaikutuksia (Seibert ym. 2017).

Käytän väitöstutkimuksessani abduktiivisen lähestymistavan mukaisesti (Spens & Kovács 2006) *useita teorioita*, joita olen syventänyt tutkimuksen edetessä. Esimerkiksi terveydenhuollon johtamisen haasteita tutkin sekä tuotantotalouden että sosiaali- ja terveysjohtamisen näkökulmista. Tuotantotalouden näkökulma on perusteltu erityisesti terveydenhuollon toiminnan tehostamis- ja tuottavuusvaatimusten ja tuotantoprosessien jatkuvan kehittämistarpeen ymmärtämiseksi. Sosiaali- ja terveysjohtamisen viitekehykseen taas kiinnittyvät työssäni johtamisroolien, identiteettien ja professioiden tarkastelu. Tutkin työuran tapahtumia kokemuksina ja johtajaksi kasvua kokemusoppimisen teorioiden pohjalta.



Sekä työuran tapahtumien että johtajien rooli- ja identiteettiisiirtymien osalta löytämäni aiemmat tutkimukset ovat pääosin tarkastelleet yhtä terveydenhuollon ammattiryhmää kerrallaan. Tutkimuksessani *lääkäri- ja hoitajataustaisten tutkittavien*, sekä heihin verrattavissa olevien ammattilaisten, kokemuksia on mahdollista tarkastella yhtäaikaaisesti samankaltaisuuksia ja eroja tunnistaen.

Kokemuksista oppimista ja identiteettien kehittymistä olisi molempia epäilemättä hyödyllistä seurata pitkittäisinä prosesseina. Väitöstutkimukseni rajatuu kuitenkin tarkasteluhetken havaintoihin.

Niin kuin edellä aluvussa 5.1 totesin, tutkimukseni *ammattiryhmästä riippumattomat* merkityksellisiksi koetut tapahtumat ovat nousseet myös muissa tutkimuksissa merkittävänä esiin (esimerkiksi Yip & Wilson 2010). Terveydenhuollossa professioiden merkitys korostuu kuitenkin voimakkaasti kelpoisuusvaatimusten, hybridiroolien ja esimerkiksi jyrkkien ammattikuntarajojen takia. Niinpä tutkimuksessani professiosidonnaisten tarkastelujen vertailu muihin organisaatioihin vaikeutuu. *Professioon kiinteästi liittyviä tutkimustuloksia* ovat ammattiryhmäsidonnaisesti merkittävät työuran tapahtumat, hakeutuminen johtamisrooliin sekä keskustelu substanssiosaamisen ja sen jatkuvan ylläpitämisen merkityksestä. Sekä johtamisrooliin hakeutumisen että klinisen työn jatkamisen kysymykset koskivat aineistossani erityisesti lääkäriprofessiota. Hoitajataustaiset johtajat ovat jo maisterikoulutukseen hakeutuessaan olleet kiinnostuneita johtamisurasta tai sen mahdollisuudesta, lisäksi he tekevät johtamistyötä kokopäiväisesti. *Voisiko näitä professioon sidonnaisia tuloksia soveltaa myös muissa asiantuntijaorganisaatioissa?* Hybridirooleja on myös muilla aloilla kuten yliopistoissa ja opetusallalla (esimerkiksi McGivern ym. 2015). Yliopistoissa laitoksen johtajan tehtävä on usein osa-aikainen ja sitä hoidetaan muutama vuosi kerrallaan. Johtamistyö vie aikaa muilta rooleilta kuten tutkimustyöltä, minkä johdosta keskustelut halukkuudesta johtamistehtäviin ja substanssiosaamisen ylläpitämisestä ovat epäilemättä ajankohtaisia myös yliopistojen johtamisessa. Söderhjelm ym. (2018: 203) mukaan laitosjohtajien määrääikaisuuteen sisältyy erityispiirteenä, että laitosjohtaja päätyy johtamaan henkilöitä, jotka ovat aiemmin toimineet samassa tehtävässä. Tämä voi mahdollistaa vahvaan yhteistyöhön perustuvan kulttuurin rakentamisen, mutta voi myös aiheuttaa akateemisten identiteettien fragmentoitumista sekä epämääräisyyttä valtakysymyksiin liittyen. Johtajien identiteettityötä yliopistoympäristössä on tutkinut myös Montonen (2014) koskien tutkijataustaisia johtajia yliopistolähtöisissä yrityksissä. Entä ammattiryhmäkohtaisesti merkityksellisiksi koettujen uratapahtumien sovellettavuus muilla asiantuntija-aloilla? Ehkä mielenkiintoisempaa kuin itse tapahtumien tunnistaminen, esimerkiksi työskentelyjakso ulkomailla, on kysymys ammattiryhmäkohtaisesti havaittavien erojen ilmenemisestä. Uskon,

että ammattiryhmäkohtaisten erojen tunnistaminen palvelee johtamisen kehittämistä, joka voi tapahtua niin yksilö-, ryhmä- kuin organisaatiotasolla.

Johtamistyön motivaatiolähteiden ja niiden pohjalta muodostuneiden alustavien kasvutarinan prototyyppien osalta olen alaluvussa 5.1 vertaillut tyypittelyäni kolmeen muuhun nimenomaan terveydenhuoltoalalla toteutettuun tutkimukseen sekä yleisiin Scheinin ura-ankkureihin. Vertailussa oli nähtävissä tiettyjä yhtäläisyyksiä, ei kuitenkaan kaikilta osin. Pohdittaessa sovellettavuutta muihin organisaatioihin tai aloihin, on syytä ottaa huomioon Rodrigues, Guest & Budjanovcanin (2013) toteamus, jonka mukaan uramieltymykset/-orientaatiot ovat suurelta osin kontekstisidonnaisia, mikä rajoittaa yli kansallisuuksien ja ammattikulttuurien tehtäviä yleistyksiä. Palaan kasvutarinan prototyypppeihin alaluvussa 5.5 jatkotutkimusideat.

Tutkimukseni valottaa sekä sairaalan sisällä vallitsevaa professioiden hierarkiaa että sairaalan toimintaympäristöä, monipuolisesti muutospaineessa elävää kontekstia. Olen pyrkinyt kuvaamaan kohdeorganisaation kontekstia monipuolisesti johtajaksi kasvuun vaikuttavien ympäristötekijöiden ymmärtämiseksi. Olen kuvannut terveydenhuollon globaaleja muutostrendejä, palvelutuotantoa ja sen kehittämistä sekä johtamisrooleja suhteessa sairaalaorganisaatioiden erityispiirteisiin. Väitöstutkimukseni voikin myös toimia sairaalaorganisaation kontekstia ja siinä toimimista valottavana *kokonaisnäkemystä lisäävänä katsauksena*.

Totean yhteenvetona, että osa tekemistäni havainnoista on tunnistettu aiemmin ja tutkimustulokseni vahvistavat osaltaan niitä. Esimerkkejä ovat johtamistehtäviin hakeutuminen (McGivern ym. 2015; Viitanen ym. 2007) ja keskustelu substanssiosaamisen ylläpitämisestä (esimerkiksi Andersson 2015; Spehar, Frich & Kjekshus 2015). Kasvu johtajaksi/johtajana kehittyminen edellyttää identiteettityöstöä (muun muassa Day & Harrison 2007). Uratapahtumat kuten palaute ja roolimallit voivat tukea identiteettisiirtymiä (Pratt, Rockmann & Kauffmann 2006). Väitöstutkimukseni tuo *uutena* tieteelliseen keskusteluun johtajana kasvun tarkastelun sairaalaorganisaatiossa nimenomaan tapahtumakeskeisesti, ei vain yksittäisiä tapahtumia tarkastelemalla vaan niitä kokonaisvaltaisesti keskusteluttamalla. Tarkastelen tutkimuksessani yhtäaikaaisesti lääkäri- ja hoitajataustaisten kertomuksia ja esitän ajatuksen johtamisprofession tarkastelusta lääkäri- ja hoitajaprofessioiden rinnalla. Tutkimukseni alustavat kasvutarinan prototyyppit tuovat uuden mahdollisen tavan tunnistaa ja ymmärtää johtamisen motivaatioperustoja johtajaksi kasvun tukemiseksi.

Näen väitöstutkimukseni edistävän erityisesti keskustelua terveydenhuollon, tarkemmin sairaaloiden, johtamisesta ja johtamisen kehittämisestä. Tutkin työssäni kasvua johtajaksi yksilön näkökulmasta. Kuitenkin myös ryhmä- ja organisaatiotasot ovat jatkuvasti edustettuina ammattiryhmien ja sairaalakontekstin tarkastelun myötä. Johtajayksilön työuran kokemuksista oppimista voi täydentää yhteisten kokemusten jakamisella ja niiden refleктоimisella. Yhteisten kokemusten työstö voi muodostaa perustan jaetulle ymmärrykselle sairaalajohtajana toimimisesta. Organisaatiodiskurssit vaikuttavat identiteettityöstöön (muun muassa Sveningsson & Alvesson 2003), esimerkiksi johtamisen diskurssia voi käyttää johtajuuden tavoitteelliseen vahvistamiseen (Berghout ym. 2018). Voisiko tätä keskustelua kutsua *johtaminen professiona sairaalaorganisaatiossa* –diskurssiksi?

### 5.3 Tutkimuksen laadun arviointi: luotettavuus, eettisyys, tutkijan positio

Arvioin seuraavaksi tutkimukseni laatua – luotettavuutta, eettisyyttä, valitsemieni menetelmien toimivuutta sekä tutkijan taustani vaikutuksia tutkimuksen toteuttamiseen.

#### 5.3.1 Tutkimuksen luotettavuus

Narratiivisen tutkimuksen *luotettavuutta* arvioitaessa keskeiseksi kysymykseksi muodostuu totuuden ymmärtäminen. Tärkeä arviointikriteeri on uskottavuus ja oleellinen lukijalle avattava seikka on tutkijan tulkintaviitekehys. Reliabiliteetin ja validiteetin käsitteet ovat hyödyllisiä myös laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa, vaikka niitä ei sellaisenaan voikaan soveltaa. (Aaltio & Puusa 2011: 163-164.) Aineistonhankinnassa luotettavuutta voidaan lisätä hankkimalla samasta tutkimuskohteesta useita aineistoja (Yin 2009; Aaltio & Puusa 2011). Mikäli eri menetelmillä saadaan samoista asioista toisistaan eroavaa tietoa, erojen syyt olisi syytä selvittää (Koskinen, Alasuutari & Peltonen 2005: 259). Aaltio & Puusa (2011: 156) toteavat kuitenkin, ettei kahdella eri menetelmällä pidä olettaa saatavan täysin samanlaista tulosta kun oletuksena on ihmisen käyttäytymisen kontekstisidonnaisuus. Väitöstutkimuksessani on käytetty kahta eri menetelmää, esikyselyä ja haastatteluja. Koska esikyselyn ensisijaisena tavoitteena oli toimia haastatteluihin orientoivana välineenä ja tulokset on analysoitu erillisessä pro gradu –työssä (Katajamäki 2017), ei esikyselyn tuloksia käsitellä tässä monografiassa. Totean kuitenkin, että esikyselyn tulokset tukivat haastattelujen tuloksia. Esikyselyn käyttö haastattelujen alla pohjusti tutkijan ja haastateltavien

jaettua ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä ja siihen liittyvistä käsitteistä. Tämän voi myös katsoa edistäneen tutkimuksen luotettavuutta.

Olisinko voinut valita jonkin muun tutkimusmenetelmän kuin teemahaastattelut, esimerkiksi havainnoinnin, ensisijaiseksi menetelmäksi? Niin kuin olen alaluvussa 3.2 todennut, valitsin haastattelut, koska niiden avulla voin tavoittaa tutkittavien kokemuksia kasvusta johtajaksi ja pyytää tarvittaessa tarkennusta reaaliaikaisesti. Haastattelut oli mahdollista rakentaa niin että tuloksena oli kertomuksia, narratiiveja johtajaksi kasvusta. Koska tarkastelun kohteena olivat yksilöt kokemuksineen, henkilökohtaiset haastattelut olivat luonteva valinta. Olen kuvannut haastattelujen etukäteen tiedossa olleita rajoitteita alaluvussa 3.2. Niitä ovat esimerkiksi tapahtumien muistamiseen ja työstämiseen liittyvät haasteet (DeRue ym. 2012; Kohonen 2011; Pillemer 2001). Havainnointi ei mielestäni olisi soveltunut tämän tutkimuksen päämenetelmäksi - havainnoimalla ei olisi ollut mahdollista saada selville tutkittavien elämäkerrallista kasvutarinaa. Havainnointia olisi mahdollisesti voinut käyttää ennen haastatteluja lisäämään tutkijan ymmärrystä kohdeorganisaation käytäntöjen kulttuurisista merkityksistä (Vähämäki & Paalumäki 2011: 112). Havainnoinnin konteksti kuten erilaiset sisäiset kokoustilanteet olisi epäilemättä pitänyt valita huolella. Haastatteluja edeltävänä ja reflektointia tukevana menetelmänä olisi ollut mahdollista käyttää myös esimerkiksi erilaisia visuaalisia tekniikoita hyödyntäviä esitehtäviä (muun muassa Warhurst & Black 2016).

Haastattelut toimivat kokemukseni mukaan menetelmänä varsin hyvin. Haastateltavat paneutuivat pääsääntöisesti huolellisesti haastattelukertomukseensa käyttäen hyvin elävää ja kuvailevaa kieltä. Tämä mahdollisti rikkaan aineiston muodostumisen. Olen alaluvussa 3.2 kuvannut haastattelujen etenemistä ja esimerkiksi tarvetta haastattelijan interventiolle. Joissakin haastatteluissa alussa pyytämäni kertomus ammattiurasta oli jäämässä lyhyeksi tai tasoltaan yleiseksi, esimerkiksi aikapaineen takia. Tukikysymysten avulla myös näistä haastatteluista muodostui kuitenkin kiinnostavia ja analysointivaihetta silmälläpitäen riittävän rikkaita. Lisäkysymysten esittämisen yhteydessä olen ollut tietoinen johdattelemisen ja siten reaktiivisuuden riskistä. Haastatettelijan rooli vaihtelee kuitenkin tyypillisesti teemahaastattelusta toiseen. (Puusa 2011: 78, 82.) Lisäksi kertomusten muodostumiseen vaikuttavat aina sekä haastateltavien valinnat siitä mitä he haluavat kertoa että yleisö (Ibarra & Barbulescu 2010; McAdams 2001; Puusa & Kuittinen 2011). Haastattelumenetelmän toimivuutta tukee myös, että tutkimustulokseni vahvistavat osaltaan aikaisempia tutkimuksia, esimerkkinä hakeutuminen johtamistehtäviin.

Olen käyttänyt aineistoni analyysissä *narratiivien analyysiä* (Erkkilä 2005; Heikkinen 2010; Heikkinen 2015; Kohonen 2011). Analyysin kohteena ovat

erityisesti tarinan merkitys, sen sisältämät asiat ja teemat. Keskityn siihen *mitä* haastateltavat kertovat tapahtumista ja kokemuksista. (Kohler Riessman 2008: 54; Kohonen 2011: 203.) Laadullisen aineiston analyysissä on syytä varmistaa tulkinnan monipuolisuus ja pohtia miksi ilmiöt ovat havaitun kaltaisia (Koskinen, Alasuutari & Peltonen 2005: 245). Tutkija voi verrata omia johtopäätöksiään eri teorioihin ja asiantuntijoiden näkemyksiin sekä tutkimuksen kohdehenkilöiden käsityksiin (Aaltio & Puusa 2011; Koskinen, Alasuutari & Peltonen 2005; Yin 2009). Tulkinnan luotettavuuden arvioinnissa aiempaan tutkimukseen liittyvien ristiriitaisuuksien sekä poikkeustapausten käsittely on tärkeää, nimenomaan poikkeustapaukset voivat olla arvokkaita ilmiön ymmärtämisessä. Erityisesti tulkitsevalle tapaustutkimukselle onkin tunnusomaista erilaisten ja eriavien näkemysten tarkastelu. (Koskinen, Alasuutari & Peltonen 2005: 262; Piekkari & Welch 2011: 190-191; Puusa & Kuittinen 2011: 176.) Olen tarkastellut tuloksiani tutkimuskirjallisuuteen peilaten ja verrannut niitä vastaavia ilmiöitä tutkiviin aiempiin tutkimuksiin, tunnistaen sekä eroja että yhtäläisyyksiä. Ristiriitaisuuksia en ole havainnut. Tutkimuslöydöksistä on keskusteltu kohdeorganisaatiossa sekä HR:n että kahden laajan ylilääkäri- ja ylihoitajataustaisen ryhmän kanssa alustavien tulosten esittelyjen yhteydessä. Olen kirjannut näissä keskusteluissa esiin tulleet näkemykset ja tarkastelen niitä edellä tulosten pohdinnan yhteydessä.

Olen myös pohtinut tutkimustulosteni syitä ja selittäviä tekijöitä, esimerkiksi ammattiryhmäkohtaisia eroja merkityksellisiksi koettujen uratapahtumien yhteydessä. Olen nostanut esiin yksittäiset maininnat ja muista poikkeavat näkemykset, muun muassa sukupuoleen ja ammattijohtajuuteen liittyen. Esimerkiksi substanssiosaamisen merkitys johtamistyön edellytyksenä korostui aineistossani voimakkaasti, mutta itse johtamisprofession keskusteluttamisen kannalta juuri ammattijohtajuuden puolustuspuheenvuoro muodostui arvokkaaksi. Poikkeustapausten esiin tuleminen tukee myös päätökseni jättää lukumäärät pois tulosten esittelystä (ks. alaluku 3.3).

Olisinko voinut harkita joitakin vaihtoehtoisia aineistoni analyysi- ja tulkintatapoja? Aineistoani on mahdollista tarkastella myös kertomisen näkökulmasta, verrattuna tekemääni kerrotun näkökulmaan. Rakenteellisessa analyysissä tarkastellaan tarinan rakentumista kielellisesti, sitä *miten* haastateltavat kertovat ja puhuvat tarinaansa. Sanojen lisäksi analyysin kohteena voi olla esittäminen kuten eleet ja äänenpainot. (Kohler Riessman 2008: 77, 103; Kohonen 2011: 203.) Tarinan sisältöön ja esiin nouseviin teemoihin keskittyminen oli minulle selkeä valinta. Uskon kuitenkin, että esimerkiksi värikkäät kielelliset ilmaisut, äänenpainot ja muut kertomisen ja esittämisen tavat ovat vaikuttaneet tulkintaani. Olenhan nimennyt tunnistamani ”viisi prototyyppiäkin” osin juuri kertomisen tavan kannustamana; esimerkiksi ”sitkeät

etenijät”, ”nöyrät ammattitaitoon ja työteliäisyyteen luottavat”, ”sankarit/taistelijat” ja ”pidättyväisen arrogantit”.

Narratiivinen tutkimus koostuu useista tulkinnoista: haastateltava tulkitsee ensin kokemuksiaan, minkä jälkeen tutkija tekee tulkintaa jo litterointivaiheessa ja tulkitsee sitten narratiiveja. Lopulta lukija tulkitsee tutkijan laatimaa raporttia. Tutkimusraportin antama kuva todellisuudesta onkin vain osittainen. (Kohler Riessman 2008; Kohonen 2011: 201-202.) Olen liittänyt tulosten esittelyyn runsaasti lainauksia aineistosta, jotta haastatteluissa kerrottua voi tulkita myös suoraan ja eläytyä kertojan kokemukseen.

Tapaustutkimuksen tuloksia on Aaltion ja Puusan (2011: 163) mukaan joskus mahdollista *soveltaa myös muissa konteksteissa*. Olen tarkastellut tätä alaluvussa 5.2.

Koskinen, Alasuutari & Peltonen (2005: 258-259) toteavat, että *havaintojen toistettavuus* on ”yksi tieteellisen tutkimuksen kulmakivistä”. Tutkijan pitäisi selvittää miten tutkimus tehtiin, miten materiaali on tarkistettu esimerkiksi eri menetelmiä käyttämällä ja miten tutkija on vaikuttanut tutkimustuloksiin. Olen kuvannut ja arvioinut tutkimukseni vaiheita ja menetelmiä tässä alaluvussa sekä alaluvuissa 3.2 ja 3.3. Kuvaan tutkijan rooliani ja tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä seuraavassa alaluvussa.

### 5.3.2 Eettiset kysymykset ja tutkijan positio

Jo ennen tutkimuksen tekemistä tutkijan tulee harkita, voiko tutkimuksesta olla haittaa tutkimuskohteelle tai muille ryhmille, ns. *eettisyysriski*. Lisäksi tutkijan pitää varautua tutkittavien mahdolliseen epäluuloisuuteen tutkimusta ja tutkijaa kohtaan, ns. *luottamuksellisuusriski*. (Koskinen, Alasuutari & Peltonen 2005: 278–279.) Riippumatta analysointitavasta narratiivitutkimuksen yksi keskeisimmistä eettisistä kysymyksistä liittyy tunnistettavuuteen. Haastatteluissa paljastetut asiat ja niistä muodostuva elämäntarina on keskeinen osa ihmisen minuutta ja siksi haavoittuva. (Hänninen 2010.) Raportoinnin anonymiteetti on tärkeää sekä kohdeorganisaation sisällä että tulosten yleisen julkistamisen kannalta. Sisäisesti on tärkeää huolehtia siitä, ettei haastateltuja ole mahdollista tunnistaa. Ulkoisen anonymiteetin varmistamiseksi raportoinnissa jätetään tarvittaessa suoranaisesti käsittelemättä organisaation salattaviksi haluamia seikkoja. (Koskinen, Alasuutari & Peltonen 2005.) Väitöstutkimukseni tutkimussuunnitelma hyväksyttiin ennen tutkimuksen käynnistymistä HUSin tutkimuslupaprosessin mukaisesti. Prosessin osana myös HUSin koordinoiva eettinen toimikunta käsittelee tutkimussuunnitelman ja antoi myönteisen lausunnon. HUS ei ole edellyttänyt nimensä poisjättämistä. Tulokset on



raportoitu niin, ettei haastateltuja ole mahdollista tunnistaa. Haastateltavien taustatietojen esittäminen on rajattu niin, ettei esimerkiksi tehtävänimikkeitä tai tutkittavien ikää esitetä. Mahdollista epäluuloisuutta tutkimusta kohtaan hälvennettiin lähettämällä tutkittaville tarkka ennakkoinformaatio tutkimuksen taustasta, tavoitteista ja toteutustavasta. Informaatio lähetettiin jokaiselle potentiaaliselle tutkittavalle henkilökohtaisesti. Keskustelin lisäksi puhelimitse tutkimuksesta jokaisen kohteena olevan yksikön johtajan kanssa.

Minulla ei ole työ- eikä toimeksiantosuhdetta HUSiin, tutkimus on minun aloitteestani tehty.

Tutkimusasetelman avoimuus ja tutkijan identiteetti ovat keskeisiä tutkimuksen eettisyyteen liittyviä tekijöitä (Koskinen, Alasuutari & Peltonen 2005: 280-281). Olen *tutkijana* vaikuttanut tutkimuksen eri vaiheisiin. Haastattelutilanteessa olen pääasiassa voinut vaikuttaa haastatteluilmapiirin muodostumiseen ja haastattelun sujuvuuteen. Tavoitteenani oli luoda avoin ja luottamuksellinen haastattelutilanne. Tutkijana minulla oli rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa esimerkiksi haastateltavan vointiin ja työtilanteeseen haastattelun aikana, mutta valmistauduin käyttämään tarvittaessa coachaavia tekniikoita. Haastateltavien kokemuksiin pystyin sekä haastattelutilanteessa että aineistoa tulkitessani samaistumaan siltä osin kun ne koskivat johtamista. Sen sijaan terveydenhuoltoalalta minulla ei ole koulutusta eikä työkokemusta, koulutustaustani on kauppatieteellinen. Kokemukseni pitkän HUS johtamis-koulutusprosessin projektijohtajuudesta oli kuitenkin lisännyt ymmärrystäni terveydenhuollon/erikoissairaanhoidon johtamisen erityiskysymyksistä. Minulla on pitkä kokemus johtajana ja esimiehenä toimimisesta ja työurani on keskittynyt johtamisen kehittämiseen. Professioniin pohjautuva organisaatio on minulle tuttu, koska työurani pisin jakso sijoittuu yliopiston omistamaan organisaatioon.

Tulkitsevan tutkimusotteen omaavat tapaustutkijat näkevät itsensä ”subjektiivisina tutkimusinstrumentteina” (Piekkari & Welch 2011: 190). Olen lähestynyt aineistoani vahvasti johtajaksi kasvun näkökulmasta, soveltaen alaluvussa 1.1 kuvaamiani käytännön työuralla omaksuttuja ajattelutapoja sekä tutkimukseni taustateorioita. Tutkimuksen sisäiseen ja ulkoiseen toimintaympäristöön perehtyminen on ollut tärkeää myös oman oppimiseni kannalta. Niin kuin edellä alaluvussa 5.2 kerroin, olen kuvannut tutkimukseni kontekstia useista näkökulmista. Tämä auttoi myös minua tutkijana tulosten tulkinnassa.



## 5.4 Käytännön suositukset

Olen edellä alaluvussa 5.1 pohtinut ja selittänyt johtajaksi kasvuun liittyviä tutkimushavaintojani.

Organisaation taholta yksilötason johtajana kasvua voi tutkimustulosteni valossa tukea sekä *tarjoamalla johtamisen kehittämisen kannalta merkityksellisiä työuran tilaisuuksia/tapahtumia että tunnistamalla ja vahvistamalla työ- ja johtamisuran motivaatiotekijöitä.*

Kaikki näyttävät tarvitsevan kokemuksista oppimisen edistämiseksi *esimiehen tukea ja palautetta.* Näiden tekijöiden kehittämisessä toimivat johtamisvalmennukset, avoimen ja palautteenantoa kannustavan kulttuurin tukeminen sekä johtamiskäytänteet. Organisaatiot voivat koulutuksen avulla vahvistaa esimiesten kykyä toimia ajattelumalleja haastavina ja tavoitteiden saavuttamista tukevin coacheina (Seibert ym. 2017: 387). Lisäksi mentoriverkoston merkitys voi olla suuri kehittymisen tukena, esimerkiksi HUSissa mentorointikokemukset ovat olleet merkityksellisiä myös vertaistuen kannalta (HR:n haastattelut).

Yksilön kokemuksista oppimista voi täydentää yhteisten kokemusten jakamisella ja työstämisellä, minkä seurauksena voi syntyä jaettua ymmärrystä esimerkiksi sairaalajohtajana toimimisesta.

Sen lisäksi, että tarjotaan kehittäviä työuran tapahtumia ja tilaisuuksia, on tärkeää *tunnistaa, kuka hyötyy minkäkinlaisista tilanteista.* Johtamisuran motivaatiolähteiden tunnistaminen auttaa johtajien sitouttamisessa ja johtamisessa. Johtamisuralla etenemisestä motivoituville pitäisi pystyä näyttämään selkeä etenemispolku. HUSissa on HR:n haastattelujen mukaan tehtykin erilaisia hoitajien urapolkumalleja, mutta kaiken kaikkiaan todettiin, ettei hyvin tarkkoja urapolkuja ole mahdollista määritellä. Ammattitaitoon johtamismotivaationsa perustavia johdettaessa näyttäisi olevan tärkeää sallia oman ammattitaidon esille tuominen esimerkiksi opetustehtävien ja tutkimusjulkaisujen muodossa. Palautteenanto suuresta työmäärästä tai sitkeästä puurtamisesta vaikuttaa olevan tärkeää, mutta johtajuusidentiteetin vahvistumisen kannalta vielä tärkeämpää olisi epäilemättä juuri johtamistyöstä saatava palaute. Haasteiden/taisteluiden voittamisesta motivoituvien johtamisessa on tärkeää pitää huolta uusien haasteiden tarjoutumisesta. Esimerkiksi muutos- ja toiminnan uudistamisprosessit näyttävät innostaneen tähän ryhmään kuuluvia. Johtajuusidentiteetin omaksuneille olisi varmasti hyödyllistä saada tukea omien johtamiskokemusten reflektointiin ja työstämiseen esimerkiksi coachingin muodossa. Reflektoinnin tukemisesta tavalla tai toisella hyötyisivät kuitenkin muutkin. Hyvin kokeneiden ja pitkän johtamisuran tehneiden johtajien ajatellaan usein soveltuvan hyvin mentoreiksi. Kokemukseni mukaan mentorina voi hyvin toimia myös lyhyemmän

johtamiskokemuksen omaava ja toisaalta kokenut johtaja voi kokea mentoroitavana olemisen energisoivana.

Johtajan johtamismotivaatio näkyy monin tavoin, esimerkiksi sellaisen toimintakulttuurin rakentamisessa, jossa kaikki saadaan mukaan toimintaa kehittämään ja uudistamaan. Puhutaan osallistavasta johtamisesta lääketieteen kautta (*management through medicine*) (Savage ym. 2017), toiminnan kehittämisestä laajemmin kuin vain kliinisen johtamisen osalta (*medical engagement*) sekä koko henkilöstön sitouttamisesta paitsi omien tehtävien hoitamiseen myös jatkuvaan kehittämiseen (Giri, Aylott & Kilner 2017; Spurgeon ym. 2015). Nostan esiin tutkimustulosteni perusteella kysymyksen johtamisprofession tarkastelusta lääkäri- ja hoitajaprofessioiden rinnalla. Korostan tarkastelun tarvetta nimenomaan professioiden rinnalla, jolloin sekä terveydenhuollon professioiden erityispiirteet että johtamisammatin vaatimukset huomioidaan yhtäaikaaisesti. Tutkimustulosteni esittelytilaisuuksissa nousikin esiin näkemys johtamisesta yhteisenä, ammattiryhmästä riippumattomana asiana ja että johtamisammatin tarkastelu nostaisi johtamisen tasoa. Substanssiosaamisen osalta nostan käytännön tarkasteluun päätöksenteon näkökulman, joka korostui HR:n haastatteluissa. Sisällön osaamisen kehittäminen on tärkeää, jotta ymmärtää ne asiat, joista tekee päätöksiä.

Sitouttamisen kannusteiden miettiminen julkisessa organisaatiossa säästöpainneiden alla on epäilemättä haasteellista. Henkilöstön osallistamisen lisäksi potilaiden ja heidän omaistensa aktiivinen kytkeminen palveluiden kehittämiseen voi lisätä paitsi toiminnan tehokkuutta myös henkilöstön ja johdon motivaatiota. HR:n haastatteluissa tuli ilmi, että HUSin esimieskoulutusten keskusteluissa on nähtävissä ajattelu- ja puhetapojen muutos, johtamiseen ja johtamisen kehittämiseen on HUSissa olemassa motivaatio. Organisaatio voi tarjota johtamisen kehittämistä tukevia työuran tapahtumia, koulutuksia ja esimiehen tai mentorin tukea, mutta yksilöllä on lopulta vastuu omasta aktiivisuudestaan. Jos omaa vahvan johtajuusidentiteetin ja siis näkee itsensä johtajana, on halukkaampi hakeutumaan haasteellisiin tehtäviin ja kehittämään itseään johtajana (Ashford & DeRue 2012; Day & Sin 2011; Lord & Hall 2005). Johtajuusidentiteetin rakentumisen tukemiseen olisi syytä panostaa myös johtamisen kehittämisessä. Tämä voi tapahtua tukemalla itsereflektiota esimerkiksi coachingin ja narratiivisen työskentelyn avulla. Omia kokemuksia voi lähestyä tutkivalla otteella ja itselleen voi rakentaa positiivista minäkuvaavaa tukevan ja ylläpitävän (johtamis)urakertomuksen (Day & Harrison 2007; Grant ym. 2017; Kohonen 2011; Warhurst & Black 2016.) Niin kuin olen aiemmin (alaluku 4.1.1) todennut, moni haastattelemani johtaja kertoi itsetuntemuksen kehittämisen ja jatkuvan oppimisen tarpeesta. Haastateltavien reflektiovalmiudet nousivat myös vahvasti esiin haastattelujen aikana.

## 5.5 Jatkotutkimusideat

Olen tunnistanut tutkimusaineistostani viisi alustavaa kasvukertomuksen/-tarinan prototyyppiä. Näitä ”viittä prototyyppiä” olisi tarpeen syventää ja tukea jatkotutkimuksella, koska varsinaisen typologian tuottamista varten aineistot ovat yleisesti esimerkiksi laajempia. Samalla myös prototyyppien johtaminen tulisi tarkemman tarkastelun kohteeksi. Kiinnostavaa olisi myös selvittää, onko olemassa prototyypeille tunnusomaisia tapoja toimia johtajina. Onko siis johtamisuran motivaatiolähteillä vaikutusta itse johtamistyöhön ja –otteeseen? Oman tutkimuskysymyksensä muodostaa, voiko (johtamis)osaamisen kehittämistä mahdollisesti suunnata prototyypeittäin.

Työuran tapahtumien tarkasteluun olisi mielenkiintoista kytkeä myös muiden kuin tutkittavien itsensä arviointeja uratapahtumien koetuista vaikutuksista johtajana kehittymiseen.

Ehdotan väitöstutkimukseni perusteella johtamisprofession tarkastelun nostamista lääkäri- ja hoitajaprofessioiden tarkastelun rinnalle. Esitän myös kysymyksenä, voisiko johtajuuden tavoitteelliseen vahvistamiseen tähtäävää keskustelua kutsua johtaminen professiona sairaalaorganisaatiossa – diskurssiksi? Olisi epäilemättä tarpeen selvittää, missä määrin tällainen diskurssi on sairaalaorganisaatioissa olemassa, miten se ilmenee ja miten sitä voi kehittää?

Johtajuusidentiteetin rakentumisen tutkimista sairaalaorganisaatiossa narratiivien avulla olisi hyvin kiinnostavaa syventää, esimerkiksi tutkimalla ilmiötä pitkittäisesti. Tarkasteltavana voisivat olla toisaalta johtamisuransa alkuvaiheessa olevat johtajat ja toisaalta hyvin kokeneet johtajat. Kertomukset johtajaksi kasvusta voisi ajoittaa johtamisuran alkuvaiheeseen ja seuraavan kerran esimerkiksi 1-2 vuoden päähän. Näin olisi mahdollista seurata (kasvu)kertomuksen etenemistä ja muun muassa johtajuusidentiteetin muodostumiseen vaikuttaneiden henkilöiden merkitystä. Esimerkiksi identiteettisiirtymät ”välitilan” (Croft, Currie & Lockett 2015) kautta ja narratiivien ”uudelleen kertominen” (Warhurst & Black 2016) vaativat aikajänteen. Kokeneiden johtajien identiteettisiirtymiä on tutkittu vähän, minkä lisäksi kokemuksen ja kypsytyden myötä halukkuus ja mahdollisuudet epätavallisiin ammatillisiin ratkaisuihin kasvavat (McGivern ym. 2015). Hyvin kokeneiden johtajien kertomuksissa kiinnostavaa olisi erityisesti uusien tarinallisten alkujen tunnistaminen.

Olen pääluvussa 5 pohtinut tutkimustuloksiani ja niiden vaikutuksia sekä suhteessa aiempaan tutkimukseen että käytännön soveltamiseen. Olen myös arvioinut tutkimukseni luotettavuutta, eettisyyttä ja tutkijan rooliani sekä ehdottanut jatkotutkimusaiheita. Tutkimustulokseni ovat tiivistetysti seuraavat: työuran merkityksellisiksi koetut tapahtumat voivat olla joko ammattiryhmästä riippumattomia tai ammattiryhmäsidonnaisia tapahtumia. Johtamistyön erilaiset motivaatiolähteet nousivat tutkimustuloksina esiin. Niiden pohjalta on tunnistettavissa alustavia kasvukertomusten tyyppejä, joita kutsun ”viideksi prototyyppiksi”. Haastattelemani henkilöt ovat pääosin aktiivisesti hakeutuneet johtamistehtävään. He pohtivat substanssiosaamisen ja sen jatkuvan ylläpitämisen merkitystä tuoden esiin erilaisia näkökulmia. Professiopohjaisen tarkastelun kannustamana ehdotan johtamisprofessioon liittyvän keskustelun nostamista lääkäri- ja hoitajaprofessiokeskusteluiden rinnalle sairaala-organisaatioissa.

## Lähteet

Aaltio, I. & Puusa, A. (2011). Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) (2011). *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. JTO. 153-166.

Aaltonen, M. & Vauramo, E. (2016). *SOTE ja Suomi 2040. Kohti taloudellisesti, sosiaalisesti ja moraalisesti kestävää Suomea*. Helsinki: Kuntaliitto.

Agrawal, S., Chen, C. & Tanio, C. P. (2015). Crowd-sourcing delivery system innovation: A public-private solution. *Healthcare* 3, 2-4.

Alanen, P. (2014). *Hermeneuttinen kehä ja kokeellinen tutkimus*. Tallinna: Kustannus HD.

Alasuutari, P. (1995). *Laadullinen tutkimus*. Jyväskylä: Vastapaino.

Alhanen, K. (2013). *John Dewey'n kokemusfilosofia*. Helsinki: Gaudeamus.

<https://alueuudistus.fi/> [viitattu 26.9.2018 ja 11.3.2019]

Alvesson, M., Ashcraft, K. & Thomas, R. (2008). Identity matters: Reflections on the construction of identity scholarship in organization studies. *Organization* 15(1), 5-28.

Andersson, T. (2015). The medical leadership challenge in healthcare is an identity challenge. *Leadership in Health Services* 28(2), 83-99.

Arala, K., Suutarla, A., Tilander, E., Kangasniemi, M. & Haapa, T. (2015). Kollegiaalisuuden eettinen perusta. Teoksessa Becker, E., Hahtela, N. & Ranta, I. (toim.) (2015). *Hoitotyön vuosikirja 2015. Kollegiaalisuus hoitotyössä*. Helsinki: Fioca. 9-23.

Asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017.

Asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 156/2017.

Ashford, S. J. & DeRue, S. (2012). Developing as a leader: The power of mindful engagement. *Organizational Dynamics* 41, 146-154.

Baruch, Y. (2004). Transforming careers: From linear to multidirectional career paths. Organizational and individual perspectives. *Career Development International* 9(1), 58-73.

Berghout, M. A., Oldenhof L., Fabbriotti, I. N. & Hilders, C. G. J. M. (2018). Discursively framing physicians as leaders: Institutional work to reconfigure medical professionalism. *Social Science & Medicine* (2018), 68-75.

Boje, D. M. (2001). *Narrative Methods for Organizational & Communication Research*. London: SAGE Publications.

Boyal, A. & Hewison, A. (2016). Exploring senior nurses' experiences of leading organizational change. *Leadership in Health Services* 29(1), 37-51.

- Bright, J. E. H., Pryor, R. G. L., Wing Man Chan, E. & Rijanto, J. (2009). Chance events in career development: Influence, control and multiplicity. *Journal of Vocational Behavior* 75(1), 14-25.
- Briscoe, J. P. & Hall, D. T. (2006). The interplay of boundaryless and protean careers: Combinations and implications. *Journal of Vocational Behavior* 69(1), 4-18.
- Brown, A. D. (2015). Identities and identity work in organizations. *International Journal of Management Reviews* 17, 20-40.
- Brown, A. & Dewing, J. (2016). The next generation of clinical leaders; future proofing preparation. *Journal of Nursing Management* 24, 569-570.
- Brown, R. (2000). *Group Processes*. Malden (Mass.): Blackwell Publishing.
- Brutus, S., Ruderman, M. N., Ohlott, P. J. & McCauley, C.D. (2000). Developing from job experiences: The role of organization-based self-esteem. *Human Resource Development Quarterly* 11(4), 367-380.
- Carroll, B. & Smolovic Jones, O. (2017). Mapping the aesthetics of leadership development through participant perspectives. *Management Learning* 2017, 1-17.
- Chen, C. P. (2005). Understanding career chance. *International Journal for Educational and Vocational Guidance* 5, 251-270.
- Clarke, M. (2013). The organizational career: not dead but in need of redefinition. *The International Journal of Human Resource Management* 24(4), 684-703.
- Clausen, C., Cummins, K. & Dionne, K. (2017). Educational interventions to enhance competencies for interprofessional collaboration among nurse and physician managers: An integrative review. *Journal of Interprofessional Care* 31(6), 685-695.
- Cosgrove, D. M., Fisher, M., Gabow, P., Gottlieb, G., Halvorson, G. C., James, B. C., Kaplan, G. S., Perlin, J. B., Petzel, R., Steele, G. D. & Toussaint, J. S. (2013). Ten strategies to lower costs, improve quality, and engage patients: The view from leading health system CEOs. *Health Affairs* 32(2), 321-327.
- Croft, C., Currie, G. & Lockett, A. (2015). Broken 'two-way windows'? An exploration of professional hybrids. *Public Administration* 93(2), 380-394.
- Cunliffe, A. L. (2011). Crafting qualitative research: Morgan and Smircich 30 years on. *Organizational Research Methods* 14(4), 647-673.
- Day, D. V. & Harrison, M. M. (2007). A multilevel, identity-based approach to leadership development. *Human Resource Management Review* 17, 360-373.
- Day, D. V. & Sin, H.-P. (2011). Longitudinal tests of an integrative model of leader development: Charting and understanding developmental trajectories. *The Leadership Quarterly* 22(3), 545-560.

Day, D. V., Fleenor, J. W., Atwater, L. E., Sturm, R. E. & McKee, R. A. (2014). Advances in leader and leadership development: A review of 25 years of research and theory. *The Leadership Quarterly* 25, 63-82.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000): The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry* 11(4), 227-268.

De Neve, J.-E., Mikhaylov, S., Dawes, C. T., Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2013). Born to lead? A twin design and genetic association study of leadership role occupancy. *The Leadership Quarterly* 24, 45-60.

De Rue, D. S. & Ashford, S. J. (2010). Who will lead and who will follow? A social process of leadership identity construction in organizations. *Academy of Management Review* 35(4), 627-647.

DeRue, D. S., Hollenbeck, J. R., Nahrgang, J. D. & Workman, K. (2012). A quasi-experimental study of after-event reviews and leadership development. *Journal of Applied Psychology* 97(5), 997-1015.

De Rue, D. S. & Wellman, N. (2009). The role of developmental challenge, learning orientation, and feedback availability. *Journal of Applied Psychology* 95, 859-875.

Dewey, J. (2012). *Filosofian uudistaminen*. Tampere: Vastapaino.

Dragoni, L., Tesluk, P. E., Russell, J. E. A. & Oh, I.-S. (2009). Understanding managerial development: Integrating developmental assignments, learning orientation, and access to developmental opportunities in predicting managerial competencies. *Academy of Management Journal* 52(4), 731-743.

Dragoni, L., Park, H., Soltis, J. & Forte-Trammell, S. (2014). Show and tell: How supervisors facilitate leader development among transitioning leaders. *Journal of Applied Psychology* 99(1), 66-86.

Edwards, G., Elliott, C., Iszatt-White, M. & Schedlitzki, D. (2013). Critical and alternative approaches to leadership learning and development. *Management Learning* 44(1), 3-10.

Ensher, E. A., Nielson, T. R. & Kading, W. (2017). Causes of career-defining moments: Development of typology. *Journal of Career Development* 44(2), 110-126.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

Eriksson, A., Holden, R. J., Williamsson, A. & Dellve, L. (2016). A case study of three Swedish hospitals' strategies for implementing lean production. *Nordic Journal of Working Life Studies* 6(1), 105-131.

Erkkilä, R. (2005). Narratiivinen kokemuksen tutkimus: koettu paikka, tarina ja kuvaus. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (2005). *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Helsinki: Dialogia. 195-226.



Eteläpelto A. & Vähäsantanen K. (2006). Ammatillinen identiteetti persoonallisena ja sosiaalisena konstruktiona. Teoksessa Eteläpelto, A. & Onnismaa J. (toim.) (2006). *Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Aikuiskasvatuksen 46. vuosikirja*. Helsinki: Kansanvalistusseura. 26-49.

Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism. Occupational change in the modern world. *International Sociology* 18(2), 395-415.

Fellows & Edwards (2016). *Future skills and competences of the health workforce in Europe*. [Verkkoaineisto] [viitattu 14.2.2018]. Saatavissa: [www.healthworkforce.eu](http://www.healthworkforce.eu)

Fournier, P.-L. & Jobin, M.-H. (2018). Medical commitment to Lean: An inductive model development. *Leadership in Health Services* 31(1), 326-342.

Fugate, M., Kinicki, A. J. & Ashforth, B. E. (2004). Employability: A psycho-social construct, its dimensions, and applications. *Journal of Vocational Behavior* 65, 14-38.

Gardner, W. L., Avolio, B. J., Luthans, F., May, D. R. & Walumbwa, F. (2005). Can you see the real me? A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly* 16(3), 343-372.

Giri, P., Aylott, J. & Kilner, K. (2017). Self-determining medical leadership needs of occupational health physicians. *Leadership in Health Services* 30(4), 394-410.

Grant, A. M., Studholme, I., Verma, R., Kirkwood, L., Paton, B. & O'Connor, S. (2017). The impact of leadership coaching in an Australian healthcare setting. *Journal of Health Organization and Management* 31(2), 237-252.

Guillén, L., Mayo, M. & Korotov, K. (2015). Is leadership a part of me? A leader identity approach to understanding the motivation to lead. *The Leadership Quarterly* 26, 802-820.

Haaparanta, L. & Niiniluoto, I. (2016). *Johdatus tieteelliseen ajatteluun*. Helsinki: Gaudeamus.

Haapiainen, R. (2016). Voiko kirurgeja johtaa? *Duodecim* 23/2016, 2209-2212.

Haslam, S. A. & Reicher, S. D. & Platow, M. J. (2012). *Uusi johtamisen psykologia*. Helsinki: Gaudeamus.

Hatch, M. J. & Schultz, M. (2002). The dynamics of organizational identity. *Human Relations* 55(8), 989-1018.

Heikkilä, J., Jantunen, S., Kurki, A.-L., Mäkelä, T., Naaranoja, M., Pekkarinen, L., Piippo, J., Saarisilta, J., Sankelo, M., Sinervo, T., Sulander, J., Suomi, A., Tuomivaara, S., Tuulaniemi, J. & Valtanen, E. (2015). Osallistuvan innovaatiotoiminnan johtaminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät sosiaali- ja terveysalan muutoksessa – yhteenvedo tutkimuksen tuloksista teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) (2015). *Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 260-268.

Heikkinen, H. L. T. (2010). Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) (2010). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3. painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 143-159.

Heikkinen, H. L. T. (2015). Kerronnallinen tutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) (2015). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 149-167.

Hemker, R. A. & Solomon, L. A. (2016). Building a physician culture for healthcare transformation: A hospital's leadership challenge. *Frontiers of Health Services Management* 32(3), 3-14.

Heslin, P. A. & Keating, L. A. (2017). In learning mode? The role of mindsets in derailing and enabling experiential leadership development. *The Leadership Quarterly* 28(3), 367-384.

Hihnala, S., Kettunen, L., Suhonen, M. & Tiirinki, H. (2018). The Finnish healthcare services lean management. *Leadership in Health Services* 31(1), 17-32.

Hirsh, W. (2004). Positive career development for leaders and managers. Teoksessa Storey, J. (toim.) (2004). *Leadership in Organizations. Current Issues and Key Trends*. London: Routledge. 225-248.

Hirsjärvi, S. & Huttunen, J. (1995). *Johdatus kasvatustieteeseen*. 4. painos. Porvoo: WSOY.

Hoekstra, H. A. (2011). A career roles model of career development. *Journal of Vocational Behavior* 78, 159-173.

Hogg, M. A., Van Knippenberg, D. & Rast, D. E. III (2012). Intergroup leadership in organizations: Leading across group and organizational boundaries. *Academy of Management Review* 37(2), 232-255.

Holopainen, A. Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2014). *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Helsinki: Fioca.

Hujala, A. & Lammintakanen, J. (2018). *Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön*. Kunnallissalan kehittämissäätiön Julkaisu 12. [Verkkajulkaisu]. Saatavissa: <https://kaks.fi/julkaisut/>

HUS (2017). ”Johtaminen voimavarana” –hanke. Projektisuunnitelma 2017.

HUS (2018). HUS Henkilöstökertomus 2017.

HUS (2017). HUS Hallintosääntö.

<https://www.hus.fi/hus-tietoa/> [viitattu 26.9.2018]

Hyvärinen, M. & Löyttyniemi, V. (2005). Kerronnallinen haastattelu. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) (2005). *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino. 189-222.

Hämäläinen, H. & Jäppinen, T. & Kivisaari, S. (2011). Mihin innovaatioita tarvitaan sosiaali- ja terveysalalla? *Yhteiskuntapolitiikka* 76(2), 219-226.

Hänninen, V. (2010). Narratiivisen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3. painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 160-178.

Häyhtiö, T. (2017). *Osallisuutta sote-palveluihin palvelumuotoilemalla? Kunnallissalan kehittämissäätiön Julkaisu 4*. [Verkkajulkaisu]. Saatavissa: <https://kaks.fi/julkaisut/>

Ibarra, H. (1999). Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation. *Administrative Science Quarterly* 44, 764-791.

Ibarra, H. & Barbulescu, R. (2010). Identity as narrative: Prevalence, effectiveness, and consequences of narrative identity work in macro work role transitions. *Academy of Management Review* 35(1), 135-154.

Inkson, K. (2004). Images of career: Nine key metaphors. *Journal of Vocational Behavior* 65(1), 96 – 111.

Inkson, K., Gunz, H., Ganesh, S. & Roper, J. (2012). Boundaryless careers: Bringing back boundaries. *Organization Studies* 33(3), 323-340.

Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. Helsinki: Unigrafia.

Jantunen, S., Kurki, A.-L. & Tuomivaara, S. (2015). Yhteisen ymmärryksen löytäminen = yhteinen näkemys asiakkaan tarpeeseen vastaavan palvelun toteuttamisesta ja kehittymisestä. Teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) (2015). *Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 167-178.

Juuti, P. (2011). Johtamisen kehittäminen. Teoksessa Juuti, P. (toim.) (2011). *Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen*. Helsinki: JTO. 154-166.

Jäppinen, T. & Sorsimo, J. (2014). Muotoiluajattelu muutosjohtamisen työkaluna julkisten palvelujen uudistamisessa. Teoksessa Miettinen, S. (2014). *Muotoiluajattelu*. Helsinki: Teknologiateollisuus ry.

Kakkuri-Knuuttila, M.-L. & Heinlahti, K. (2006). *Mitä on tutkimus? Argumentaatio ja tieteenfilosofia*. Helsinki: Gaudeamus.

Kaplan, R. S. & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, September 2011, 47-64.

Katajamäki, A. (2017). *Leadership Development in Healthcare Industry: Case Study*. University of Vaasa. Faculty of Technology Industrial Management. Master's Thesis. Vaasa: University of Vaasa.

Kauhanen, J. (2010). Henkilöstön johtaminen yliopistosairaalassa (Case HUS). Teoksessa Laitinen L. A. (toim.) (2010). *HUS siunatkoon. Kannanottoja terveydenhuollon johtamisesta*. Helsinki: Duodecim. 47-54.

Kekomäki, Martti (2010). Lääkäri johtajana. Teoksessa Laitinen L. A. (toim.) (2010). *HUS siunatkoon. Kannanottoja terveydenhuollon johtamisesta*. Helsinki: Duodecim. 66-72.

Kinnula, P. , Malmi, T. & Vauramo, E. (2015). *Miten sote-uudistus toteutetaan?* Helsinki: KAKS – Kunnallissalan kehittämissäätiö.

Kinnunen, J. (2010). Edgar Schein – kollektiivinen oppiminen organisaatioiden kehittämisessä. Teoksessa Ashorn, U., Henriksson, L., Lehto, J. & Nieminen, P. (toim.) (2010). *Yhteiskunta ja terveys – klassisia teoreettisia näkökulmia*. Helsinki: Gaudeamus. 174-186.

Kinnunen, J. (2011). Organisaatiokulttuuri ja johtaminen teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) (2011). *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Helsinki: WSOYpro. 165-180.

Kivinen T. (2008). *Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa*. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kohler Riessman, C. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Los Angeles: Sage.

Kohonen, E. (2011). Narratiivisuus – vähän hyödynnetty lähestymistapa kauppatieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) (2011). *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. JTO. 196-205.

Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirsso, P. & Mattelmäki, U. (2014). *Terveydenhuollon kompassi. Avain asiakkuuteen*. Helsinki: Duodecim.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice-Hall.

Koskinen, I., Alasuutari, P. & Peltonen, T. (2005). *Laadulliset menetelmät kauppatieteissä*. Tampere: Vastapaino.

Kuusisto, A. & Kuusisto, J. (2015). Käyttäjälähtöinen palvelukehitys kuntasektorilla – mahdollisuuksia ja pullonkauloja. Teoksessa Jyrämä, A. & Mattelmäki, T. (2015). *Palvelumuotoilu saapuu verkostojen kaupunkiin. Verkosto- ja muotoilunäkökulmia kaupungin palvelujen kehittämiseen*. Helsinki: Aalto-yliopisto. 173-190.

Kälviäinen, M. (2014). Muotoiluajattelua vai muotoilutoimintaa. Teoksessa Miettinen, S. (2014): *Muotoiluajattelu*. Helsinki: Teknologiateollisuus ry.

Lalleman, P., Bouma, J., Smid, G., Rasiyah, J. & Schuurmans, M. (2017). Peer-to-peer shadowing as a technique for the development of nurse middle managers clinical leadership: An explorative study. *Leadership in Health Services* 30(4), 475-490.

Lammintakanen, J. (2014). Miten johtajia johdetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa? Osoita rajat – anna tilaa toimia. Teoksessa Niiranen, V., Joensuu, M., Lammintakanen, J. & Kerkkänen, M. (toim.) (2014). *Johtajana muutoksissa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 96-108.

Lammintakanen, J., Rissanen, S., Peronmaa-Hanska, E., Joensuu, M. & Ruottu, T. (2016). *Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa - monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

LaPointe, K. (2010). Narrating career, positioning identity: Career identity as a narrative practice. *Journal of Vocational Behavior* 77, 1-9.

Latomaa, T. (2005). Ymmärtävä psykologia: psykologia rekonstruktivisena tieteenä. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (2005). *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Helsinki: Dialogia. 17-88.

Lehto, M. (2017). Lääkäri terveydenhuollon johtajana – kollegiaalisuus ja yhteiskuntavastuu. Teoksessa Pasternack, A., Puustinen, R. & Hallamaa, J. (toim.) (2017). *Lääkäriprofessio: professionaalisuus lääkärin työssä*. Helsinki: Duodecim. 100-113.

Lillrank, P. & Haukkapää-Haara, P. (2006). *Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli*. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö.

Lillrank, P., Reijonsaari, K., Heikkilä, P. & Silander, K. (2016). *Seitsemän syytä sairauteen: miksi terveydenhuolto ei toimi*. EVA Pamfletti. Helsinki: Taloustieto.

Lord, R. G. & Hall, R. J. (2005). Identity, deep structure and the development of leadership skill. *The Leadership Quarterly* 16, 591-615.

Lornudd, C., Bergman, D., Sandahl, C. & von Thiele Schwarz, U. (2016). A randomized study of leadership interventions for healthcare managers. *Leadership in Health Services* 29(4), 358-376.

Maddalena, V. (2016). Leadership training for undergraduate medical students. *Leadership in Health Services* 29(3), 358-351.

Mascia, D., Dello Russo, S. & Morandi, F. (2015). Exploring professionals' motivation to lead: a cross-level study in the healthcare sector. *The International Journal of Human Resource Management* 26(12), 1622-1644.

Matsuo, M. (2015). A framework for facilitating experiential learning. *Human Resource Development Review* 14(4), 442-461.

McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology* 5(2), 100-122.

McCauley, C. D., Kanaga, K. & Lafferty, K. (2010). Leader development systems. Teoksessa Van Velsor, E., McCauley, C. D. & Ruderman, M. N. (2010). *The Center for Creative Leadership. Handbook of Leadership Development*. E-book: Jossey-Bass.



McCauley, C. D., Ruderman M. N., Ohlott, P. J. & Morrow, J. E. (1994). Assessing the developmental components of managerial jobs. *Journal of Applied Psychology* 79, 544-560.

McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L. & Waring, J. (2015). Hybrid manager-professionals' identity work: the maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration* 93, 412-432.

Meijers, F. & Lengelle, R. (2012). Narratives at work: the development of career identity. *British Journal of Guidance & Counselling* 40(2), 157-176.

Moilanen P. & Rähkä P. (2015). Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) (2015). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 52-73.

Montonen, T. (2014). *Tutkimuksen ja liiketoiminnan välissä: johtajien identiteettityö yliopistolähtöisissä yrityksissä*. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Morgeson, F. P., Mitchell, T. R. & Liu, D. (2015). Event system theory: an event-oriented approach to the organizational sciences. *Academy of Management Review* 40(4), 515-537.

Mumford, M. D., Zaccaro, S. J., Harding, F. D., Jacobs, T. O. & Fleishman, E. A. (2000). Leadership skills for a changing world: solving complex social problems. *The Leadership Quarterly* 11(1), 11-35.

Mäkijärvi, M. (2013). *Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa - kokemuksia ja haasteita HUS:ssa*. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA -tutkielma Tampereen yliopisto, Tampereen teknillinen yliopisto.

Niiniluoto, I. (1997). *Johdatus tieteenfilosofiaan*. Helsinki: Otava.

Niiranen, V. (2014). Johtamistyön sisältö ja johtamisen moniulotteisuus. Teoksessa Niiranen, V., Joensuu, M., Lammintakanen, J. & Kerkkänen, M. (toim.) (2014). *Johtajana muutoksissa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 43-56.

Niiranen, V., Joensuu, M., Lammintakanen, J. & Kerkkänen, M. (toim.) (2014). *Johtajana muutoksissa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Niiranen, V. & Lammintakanen, J. (2014). Johdanto teoksessa Niiranen, V., Joensuu, M., Lammintakanen, J. & Kerkkänen, M. (toim.) (2014). *Johtajana muutoksissa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 18-22.

Noordegraaf, M., Schneider, M. M. E., Van Rensen, E. L. J. & Boselie, J. P. P. E. F. (2016). Cultural complementarity. Reshaping professional and organizational logics in developing frontline medical leadership. *Public Management Review* 18(8), 1111-1137.

Nordstrand Berg, L. & Byrkjeflot, H. (2014). Management in hospitals. A career track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway. *International Journal of Public Sector Management* 27(5), 379-394.

Näätänen, A.-M., Londén, P. & Peltosalmi, J. (2017). *Sosiaalibarometri 2017*. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

O'Connell, P. K. (2014). A simplified framework for 21st century leader development. *The Leadership Quarterly* 25, 183-203.

*Opiskelijatutkimus 2014: Korkeakouluopiskelijoiden toimeentulo ja opiskelu.* Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisu 2014:10.

Paavola, S. & Hakkarainen, K. (2006). Entäpä jos...? Ideoiden abduktiivinen kehittäminen tutkimusprosessin olennaisena osana. Teoksessa Rolin, K., Kakkuri-Knuuttila, M.-L. & Henttonen, E. (2006). *Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia*. Helsinki: Gaudeamus. 268-284.

Paqvalin, R. (2010). Omistajakuntien tavoitteet HUSin muodostamisessa ja niiden toteutuminen. Teoksessa Laitinen L. A. (toim.) (2010). *HUS siunatkoon. Kannanottoja terveydenhuollon johtamisesta*. Helsinki: Duodecim. 9-16.

Parvinen, P., Lillrank, P. & Ilvonen, K. (2005). *Johtaminen terveydenhuollossa: käytännöt, vastuut, valvonta*. Helsinki: Talentum.

Peltokorpi, A., Linna, M., Malmström, T., Torkki, P. & Lillrank, P. M. (2016). Five focus strategies to organize health care delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 29(2), 177 – 191.

Peltonen, T. (2010). *Organisaatioteoria klassisesta jälkimoderniin*. Helsinki: WSOYpro.

Piekkari, R. & Welch, C. (2011). Tapaustutkimuksen erilaiset tyypit. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) (2011). *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. JTO. 183-195.

Pihlainen, V., Kivinen, T. & Lammintakanen, J. (2016). Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review. *Leadership in Health Services* 29(1), 95-110.

Pillemer, D. B. (2001). Momentous events and the life story. *Review of General Psychology* 5(2), 123-134.

Porter, M. E. & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, October 2013, 50-70.

Porter, T. H., Stoller, J. K. & Allen, S. J. (2018). Team development among physician-leaders at the Cleveland Clinic. *Leadership in Health Services* 31(2), 210-225.

Pratt, M. G., Rockmann, K. W. & Kauffmann, J. B. (2006). Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal* 49(2), 235-262.



Puusa, A. (2011). Haastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) (2011). *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. JTO. 73-87.

Puusa, A. & Juuti, P. (2011). Laadullisen lähestymistavan yleistymisen kulttuurinäkökulman myötä. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) (2011). *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. JTO. 31-46.

Puusa, A. & Kuittinen, M. (2011). Laadullisen tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikysymyksistä. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) (2011). *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. JTO. 167-180.

Pöyry-Lassila, P. (2017). Palveluiden yhteiskehittäminen ja yhteistuottaminen. Teoksessa Pohjonen, S. & Noso, M. (toim.) (2017). *Kansalainen keskiöön! Näkökulmia sote-uudistukseen*. Kunnallissalan kehittämissäätiön Julkaisu 2. 25-31. [Verkkojulkaisu]. Saatavissa: <https://kaks.fi/julkaisut/>

Quinn, J. F. & Perelli, S. (2016). First and foremost, physicians: the clinical versus leadership identities of physician leaders. *Journal of Health Organization and Management* 30(4), 711-728.

Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (2011). Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) (2011). *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Helsinki: WSOYpro. 15-38.

Radnor, Z. J., Holweg, M. & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine* 74, 364-371.

Rodrigues, R., Guest, D. & Budjanovcanin, A. (2013). From anchors to orientations: Towards a contemporary theory of career preferences. *Journal of Vocational Behavior* 83, 142-152.

Roehrich, J. K., Lewis, M. A. & George, G. (2014). Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine* 113, 110-119.

Ruohotie, P. (2000). *Oppiminen ja ammatillinen kasvu*. Porvoo: WSOY.

Ruusuvuori, J. (2011). Litteroijan muistilista. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) (2011). *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino. 424-431.

Ruusuvuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. (2011). Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) (2011). *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino. 9-36.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). *KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto* [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto [ylläpitäjä ja tuottaja]. [Viitattu 1.11.2015]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Sarajärvi, A., Mattila, L.-R. & Rekola, L. (2011). *Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen*. Helsinki: WSOYpro.

Sarlio-Siintola, S. (2017). Sote-palvelualusta ja kansalaisen muuttuvat roolit. Teoksessa Pohjonen, S. & Noso, M. (toim.) (2017). *Kansalainen keskiöön! Näkökulmia sote-uudistukseen*. Kunnallisan kehittämissäätiön Julkaisu 2. 5-12. [Verkkajulkaisu]. Saatavissa: <https://kaks.fi/julkaisut/>

Savage, M., Mazzocato, P., Savage, C. & Brommels, M. (2017). *Physicians' role in the management and leadership of health care. A scoping review*. Stockholm: The Medical Management Centre, Karolinska Institutet.

Schein, E. H. (1996). Career anchors revisited: Implications for career development in the 21st century. *Academy of Management Executive* 10(4), 80-88.

Seibert, S. E., Sargent, L. D., Kraimer, M. L. & Kiazad, K. (2017). Linking developmental experiences to leader effectiveness and promotability: the mediating role of leadership self-efficacy and mentor network. *Personnel Psychology* 70, 357-397.

Seppänen, K., Huiskonen, J. & Koivuniemi, J. (2017). Revealing customer dominant logic in healthcare services. *Int. J. Services and Operations Management* 26(1), 1-17.

Silander, K., Torkki, P., Lillrank, P., Peltokorpi, A., Brax, S. A. & Kaila, M. (2017). Modularizing specialized hospital services. Constraining characteristics, enabling activities and outcomes. *International Journal of Operations & Production Management* 27(6), 791-818.

Siljander, P. (2014). *Systemaattinen johdatus kasvatustieteeseen. Peruskäsitteet ja pääsuuntaukset*. Tampere: Vastapaino.

Snell, A. J., Briscoe, D. & Dickson, G. (2011). From the inside out: The engagement of physicians as leaders in health care settings. *Qualitative Health Research* 21(7), 952-967.

Sparrowe, R. T. (2005). Authentic leadership and the narrative self. *The Leadership Quarterly* 16, 419-439.

Spehar, I., Frich, J. C. & Kjekshus, L. E. (2015). Professional identity and role transitions in clinical managers. *Journal of Health Organization and Management* 29(3), 353-366.

Spens, K. M. & Kovács, G. (2006). A content analysis of research approaches in logistics research. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management* 36(5), 374-390.

Spurgeon, P., Long, P., Clark, J. & Daly, F. (2015). Do we need medical leadership or medical engagement? *Leadership in Health Services* 28(3), 173-184.

Spyridonidis, D., Hendy, J. & Barlow, J. (2015). Understanding hybrid roles: the role of identity processes amongst physicians. *Public Administration* 93(2), 395-411.

Stenros, A. (2014). Trumpettijoutsen. Johtajuus muotoilussa, muotoilu johtajuudessa. Kirjassa Miettinen, S. (2014): *Muotoiluajattelu*. Helsinki: Teknologiateollisuus ry.

<https://stm.fi/sairaanhoitopiirit-erityisvastuualueet> [viitattu 26.9.2018]

Sturges, J. (2004). The individualization of the career and its implications for leadership and management development. Teoksessa Storey, J. (toim.) (2004). *Leadership in Organizations. Current Issues and Key Trends*. London: Routledge. 249-268.

Styhre, A., Roth, A. & Roth, J. (2016). Who will lead the physicians unwilling to lead? Institutional logics and double-bind situations in health care leadership. *Leadership & Organization Development Journal* 37(3), 325-340.

Sullivan, S. E. & Baruch, Y. (2009). Advances in career theory and research: A critical review and agenda for future exploration. *Journal of Management* 35(6), 1542-1571.

Sutinen, P. (2012). *Johtajana kehittymisen olemus kunta-alan johtajan kokemana*. Acta-väitöskirja. Helsinki: Tampereen yliopisto, Suomen Kuntaliitto.

Sveningsson, S. & Alvesson, M. (2003). Managing managerial identities: Organizational fragmentation, discourse and identity struggle. *Human Relations* 56(10), 1163-1193.

Söderhjelm, T., Björklund, C., Sandahl, C. & Bolander-Laksov, K. (2018). Academic leadership: management of groups or leadership of teams? A multiple-case study on designing and implementing a team-based development programme for academic leadership. *Studies in Higher Education* 43(2), 201-216.

Tai, T. W. C. & Bame, S. I. (2017). Organizational and community factors associated with magnet status of U.S. hospitals. *Journal of Healthcare Management* 62(1), 62-76.

Takala, J., Hirvelä, J., Yang, L. & Malindzák, D. (2007). Global manufacturing strategies require "dynamic engineers"? Case study in Finnish industries. *Industrial Management & Data Systems* 107(3), 326-344.

Taskinen, H. (2005). *Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä*. Kuopion yliopisto. Terveystalouden- ja hallinnon laitos. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2013). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 10. painos. Helsinki: Tammi.

Tuononen, T. (2018). *Leadership Careers of Finnish Dentists*. University of Eastern Finland. Dissertation in Health Sciences. Kuopio: University of Eastern Finland.

Tuononen, T. A., Suominen, A. L. & Lammintakanen, J. (2018). Career path from a dentist to a leader. *Leadership in Health Services* 31(4), 384-397.

Turner, J. C. (1987). *Rediscovering the Social Group. A Self-categorization Theory*. Great Britain: Blackwell.

Tuulaniemi, J. (2015). Palvelumuotoilu osallistuvan innovaatiotoiminnan menetelmänä. Kirjassa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) (2015). *Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 103-117.

Ulrich, D., Smallwood, N. & Sweetman, K. (2008). *The Leadership Code: Five Rules to lead by*. Boston: Harvard Business Press.

Vaajakallio, K. & Mattelmäki, T. (2013). Co-design with the public sector. Teoksessa Keinonen, T. & Vaajakallio, K. & Honkonen, J. (toim.) (2013). *Designing for Wellbeing*. Helsinki: Aalto University.

Van Esbroeck, R., Tibos, K. & Zaman, M. (2005). A dynamic model of career choice development. *International Journal for Educational and Vocational Guidance* 5(5), 5–18.

Viitanen, E., Kokkinen, L., Konu, A., Simonen O., Virtanen, J. V. & Lehto J. (2007). *Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätiö.

Virtanen, J. V. (2010). *Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta*. Turun kauppakorkeakoulu. Väitöskirja. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.

Vistbacka, S. (2007). Johtamisen haasteet ja johtamisen kehittäminen. Teoksessa Tainio, Risto (toim.) (2007). *Suomalainen johtajuus puntarissa*. Helsinki: WSOYpro. 9-13.

Von Knorring, M., Alexanderson, K. & Eliasson, M. A. (2016). Healthcare managers' construction of the manager role in relation to the medical profession. *Journal of Health Organization and Management* 30(3), 421-440.

Vuori, J. (2008). Julkisesti, yksityisesti vai tilatusti tuotettu terveys – kansalaisen valinnat terveyspalveluissa. Teoksessa Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.) (2008). *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 194-214.

Vähämäki, M. & Paalumäki, A. (2011). Havainnointi johtamis- ja organisaatiotutkimuksessa. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) (2011). *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. JTO. 102-113.

Warhurst, R. & Black, K. (2016). What do managers know? Wisdom and manager identity in later career. *Management Learning* 48(4), 416-430.

Watson, T. J. (2008). Managing identity: Identity work, personal predicaments and structural circumstances. *Organization* 15(1), 121-143.

Welch, C., Piekkari, R., Plakoyiannaki, E. & Paavilainen-Mäntymäki, E. (2011). Theorising from case studies: Towards a pluralist future for international business research. *Journal of International Business Studies* 42, 740-762.

Witman, Y., Smid, G. A. C., Meurs, P. L. & Willems, D. L. (2010). Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization* 18(4), 477-495.

Wrede, S. (2010). Everett C. Hughesin ammattiensosiologia ja professiotutkimuksen perinne. Teoksessa Ashorn, U., Henriksson, L., Lehto, J. & Nieminen, P. (toim.) (2010). *Yhteiskunta ja terveys – klassisia teoreettisia näkökulmia*. Helsinki: Gaudeamus. 45-60.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. 4th edition. Thousand Oaks, CA: Sage.

Yip, J. & Wilson, M. S. (2010). Learning from experience. Teoksessa Van Velsor, E., McCauley, C. D. & Ruderman, M. N., (2010). *The Center for Creative Leadership. Handbook of Leadership Development*. E-book: Jossey-Bass.

Yle Akuutti 11.4.2016: "Vakuutusyhtiöiden omistamat sairaalat tekevät tuloaan – eriarvoistuuko terveydenhuolto?" [Viitattu 10.10.2016]. Saatavissa: <http://yle.fi/aihe/artikkeli/2016/04/11/vakuutusyhtioiden-omistamat-sairaalat-tekevät-tuloaan-eriarvoistuuko>

Yukl, G. (2002). *Leadership in Organizations*. 5th edition. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.

## Liite

*Ylimmän johdon haastattelujen yhteydessä kysyttiin näkemyksiä keskijohdon johtamistyön haasteista ja keskijohdon johtamisaamisen (leadership) kehittämisen edellytyksistä:*

Ylimmän johdon haastatteluissa nousee esiin keskijohdon hankala asema ”puun ja kuoren välissä”. Todetaan, että keskijohdossa johtamisen tila on aika ahdas ja esimerkiksi poliittinen rajapinta on lähellä, mikä vaikuttaa siihen kenen kannattaa mihinkin asiaan ottaa kantaa. Organisaatiotoimintaympäristö on haastava, se ei ole nopealiikkeinen. Resurssien osalta keskijohto kokee ristipainetta. Keskijohto on myös alttiina kritiikille, joten vahvuutta tarvitaan. Oman ajan hallinnan todetaan olevan jopa isoin haaste.

Ylin johto kuvaa sitä mitkä seikat ovat keskijohdon työssä keskeisimpiä, mitä keskijohdolta odotetaan ja miten heitä voidaan tukea roolissaan. Julkisen sektorin erityispiirteinä nähdään hyvin vähäiset keinot käyttää insentiivejä, eläkeikään asti pysyvät vakanssit sekä vahvat identiteetit. Erityisinä haasteina kuvataan ohjohtaminen ja toimivallan ylitykset sekä yleisesti pelisääntöjen noudattamatta jättäminen. Pelisääntöjen, kuten tiettyjen johtamis- ja esimieslinjojen noudattamisen tärkeys korostuu, jotta ”perälauta pitää”. Ei voi tulla erisältyöistä viestiä riippuen siitä keneltä kysytään, linjavastuiden on oltava selkeät ja viestinnän koordinoitua, jolloin tiedetään kuka mihinkin kysymykseen vastaa.

Hyvään johtamiseen haastateltavat kuvaavat kuuluvaksi eri ammattiryhmien välisen yhteistyön varmistamisen, ihmisten johtamiseen panostamisen ja toimintaympäristön tuntemisen. Eri ammattiryhmien yhdenvertaisen kohtelun ja yhteistyön toimivuuden nähdään olevan hyvin tärkeää toiminnan sujuvuuden kannalta. Ihmisten johtaminen korostuu taloudellisesti haasteellisena aikana, jolloin numeroihin keskittyminen ja manageeraaminen vievät helposti huomion. Kustannustietoisuuden tuominen on kuitenkin keskeistä. Toimintaympäristöstä todetaan, ettei ala enää ole niin stabiili kuin 10-15 vuotta sitten. Mullistukset ovat suuria ja niihin kuuluvat esimerkiksi muutokset yksityisen ja julkisen suhteissa, sosiaalisen median ja tietotekniikan vaikutukset ihmisten tiedonhankintaan ja potilaan valinnanvapaus. Alan uudistumispaine vaikuttaa voimakkaasti johtamiseen, vaade hoitaa mahdollisimman edullisesti, tehokkaasti, tuottavasti ja laadukkaasti. Innovatiivisten toimintamallien ja erityyppisten palvelukonseptien kehittäminen on jatkuvaa. Myös organisointi on asiakaslähtöistä, ”pilleriä ja veistä tuodaan lähemmäksi toisiaan”. Strategian sisäistäminen, ”strategian ydinkohtien sisällyttäminen omaan kuvioonsa”, on tärkeää, samoin kuin kyky hahmottaa kokonaisuuden etu:

- ”Jos vaan keskittyy varjelemaan oman sektorinsa, oman erikoisalansa asioita eikä nouse yhtään yläpuolelle ja ymmärrä muiden vastaavaa tuskaa niin silloin ei menesty pitemmän päälle. Monet on asiantuntijataustalta, niin heidän täytyy pystyä avaamaan perspektiiviä ja näkymää laajemmaksi. Samoista vähenevistä varoista ja resursseista on kysymys, silloin kun ajat on tällaset kun ne on nyt Suomessa.”

Keskijohdon aseman tukemisessa on olennaista ensinnäkin oikeiden henkilöiden valitseminen, henkilöiden, joilla on johtamismotivaatio, ei vallanhalua. Keskijohto pitää ”voimauttaa ja varustaa” ja saada aikaan halukkuutta johtaa. Esiin tulee näkemys siitä, että halukkuus keskijohdon tehtäviin on lisääntymässä. Keskijohto tarvitsee vertaistukea, koulutusta, resurssitukea ja työkaluja. Johtamiskoulutuksen merkitys nousee esiin kuten HUSissa jo järjestettävät koulutusohjelmat, mentorointi ja coaching.